TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr PAUL SOLLIER

PARIS
LIBRAIRIE FÉLIX ALCAN
108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

1912

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr PAUL SOLLIER



PARIS
LIBRAIRIE FÉLIX ALCAN
108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

1912

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

TITRES SCIENTIFIQUES

Interne des Hôpitaux, 1887.
Docteur en médecine, 1890.
Chef de clinique adjoint des maladies mentales, 1891.
Conservateur du Musée pathologique de Bicêtre, 1891.
Professeur d'hygiène des Écoles d'Infirmières de la Ville de Paris, 1888.
Médecin du Sanatorium de Boulogne-sur-Seine, 1897.
Membre, ancien secrétaire et lauréat de la Société médico-psychologique.
Membre et ancien secrétaire général de la Société d'Électrothérapie.
Membre et ancien président de la Société de Psychologie.
Membre de la Société de Psychiâtrie.
Membre de la Société de Sociologie.
Professeur de Psychologie à l'Université Nouvelle de Bruxelles, 1898.
Membre du Conseil d'administration de l'Université Nouvelle de Bruxelles, 1909.

ENSEIGNEMENT

Cours d'hygiène à l'École d'Infirmières de Bicêtre (1888-1899).

Conférences de Séméiologie mentale faites à la Clinique des maladies mentales (Professeur Joffroy).

Cours de Psychologie à l'Université Nouvelle de Bruxelles (Institut des Hautes-Études) :

1897-1898. Le cerveau dans ses rapports avec la Psychologie.

1898-1899. Le problème de la mémoire (*publié. Traduit en espagnol*).

1899-1900. L'énergie psychique.

1900-1901. Le problème de la conscience.

1901-1902. Les bases physiques de la personnalité.

1902-1903. Le mécanisme des émotions (*publié*).

1903-1904. Les sensations internes.

1904-1905. L'association en psychologie (*publié*).

1905-1906. L'inhibition cérébrale.

1906-1907. Psychologie du sentiment religieux.

1907-1908. Le doute (*publié*).

1908-1909. La volition.

1909-1910. Le sentiment de la personnalite.

1910-1911. L'intuition morale (*publié*).

1911-1912. Rapports de la psychologie et de la philosophie.

PSYCHOLOGIE

Recherches sur les Rapports de la Sensibilité et de l'Émotion. *Revue Philosophique*, I, p. 106, 1894.

Expériences psycho-physiologiques sur des sujets plongés dans l'hypnose et chez lesquels on déterminait tantôt de l'anesthésie périphérique, tantôt de l'anesthésie viscérale, ou une anesthésie totale. L'anesthésie périphérique modifiait à peine les réactions émotionnelles, alors que l'anesthésie viscérale les atténuait considérablement, et que l'anesthésie totale les abolissait. Les cas pathologiques d'anesthésie et d'analgésie généralisées avec perte de l'émotivité dont nous rapportons de nouveaux exemples se trouvent ainsi corroborés par l'expérimentation.

Émotions localisées. *Congrès international de Psychologie*, Paris, 1900, p. 560.

On n'étudie guère que des manifestations générales des émotions, troubles sensitifs, vaso-moteurs et moteurs, affectant un plus ou moins grand nombre de points de l'organisme. Il existe cependant des cas nombreux où l'émotion revêt un aspect localisé. Malebranche en a déjà parlé. Voici ce dont il s'agit : chez des personnes à imagination vive, impressionnables, certaines idées, certaines représentations provoquent des phénomènes sensitifs plus ou moins pénibles, exactement limités à la partie du corps à laquelle se rapportent ces idées ou ces

représentations, et cela dans certaines conditions qu'on peut faire varier. Nous avons été amené à poser à ce propos les lois suivantes :

1° La perception (ou la représentation) dans des centres corticaux quelconques, d'*objets destinés à une fonction spéciale*, détermine dans le centre cortical de cette fonction un état particulier, qui se traduit à la périphérie, sur l'organe même de cette fonction, par des réactions générales soit d'arrêt, soit d'activité. L'émotion (ou le sentiment) qui accompagne la perception (ou la représentation) se produit directement sans représentation intermédiaire.

2° La perception (ou la représentation) d'un objet quelconque, *non destiné à une fonction spéciale*, capable de produire des effets agréables ou désagréables sur un sujet, ne peut déterminer d'émotion que si le sujet connaît et peut se représenter ces effets. Cette représentation sert d'intermédiaire entre la perception et les manifestations émotionnelles. Ces dernières ne sont que la traduction périphérique de l'état des centres corticaux mis en jeu dans les diverses représentations (imagination ou mémoire) des effets connus de l'objet perçu.

3° Pour se représenter une sensation (ou un sentiment, ou une émotion) agréable ou désagréable, il faut non seulement savoir en quoi elle consiste, soit par ouï-dire, soit pour l'avoir éprouvée soi-même, mais encore être capable de la ressentir actuellement.

Sur un cas d'Émotion localisée. *Soc. de Psychologie.* — *Journ. de Psychol. norm. et path.*, 1907, p. 337.

Apparition de tuméfactions indolores, incolores, sans pigmentation ni extravasation sanguine, et anesthésiques, survenant chez une jeune femme 8 à 10 heures après des baisers donnés par un homme qu'elle aime, mais qui n'est pas encore son

amant, et qui la trouble violemment. Il lui suffit d'en reconnaître l'origine pour ne plus les voir se produire.

Il s'agit là d'un phénomène vaso-moteur, avec inhibition caractéristique de la sensibilité, qui montre la persistance que peut présenter une impression à ton émotionnel intense, et fait comprendre le mécanisme et la fixité de certains troubles vasomoteurs d'ordre hystérique.

Le Mécanisme des Émotions. *Leçons faites à l'Université Nouvelle de Bruxelles, 1903.* 1 vol. in-8°, 300 p. *de la Biblioth. de Philos. Contemp.*, Paris, F. Alcan, 1905.

Cet ouvrage a pour but de combattre à la fois la théorie intellectualiste et la théorie périphérique des émotions. On a eu le tort, il nous semble, de ne considérer guère que les émotions une fois constituées, arrivées à leur complet développement, tantôt en les analysant au point de vue presque exclusivement psychologique, tantôt dans leur expression physiologique, et en négligeant complètement le terrain sur lequel elles se développent, les conditions qui les rendent possibles, autrement dit l'*émotivité*.

L'émotivité est un état particulier du cerveau, qui varie d'un individu à l'autre, et qui consiste essentiellement dans la facilité plus ou moins grande avec laquelle le cerveau réagit par diffusion aux excitations venues soit de l'organisme ou du monde extérieur, soit du cerveau lui-même. Il y a émotion toutes les fois que l'excitation d'un centre cérébral quelconque met en mouvement d'autres centres cérébraux, provoquant ainsi des réactions exagérées, surajoutées, inutiles. Le cerveau, dans l'émotion, peut être comparé à une machine dans laquelle une partie de l'énergie destinée au travail effectif est employée par dérivation à agir sur la machine elle-même. Cette diffusion de l'énergie, transformée et libérée par le cerveau, dans le cerveau

lui-même, cette absorption par le cerveau d'une partie de cette énergie aux dépens du travail effectif auquel elle était destinée, s'opèrent selon les lois physico-mécaniques analogues à celles qui président au fonctionnement d'une machine.

En appliquant à l'étude des émotions le point de vue de la dynamique ou de l'énergétique cérébrale, nous nous sommes attaché à rendre compte, d'un côté, des faits d'ordre émotionnel tels que l'angoisse, la surprise et la contrariété, et d'un autre côté des différentes formes d'évolution des émotions, telles que leur retard, leur substitution, leur dérivation, leur coexistence, leur émoussement et leur addition.

Examinant ensuite la question des rapports de la sensibilité et de l'émotion, nous nous sommes demandé : quel étage de l'axe cérébro-spinal une excitation doit-elle atteindre pour produire une émotion, et quelles sont les conditions nécessaires pour que cette excitation produise une émotion? Nous basant à la fois sur l'expérimentation physiologique, sur l'étude des cas pathologiques et sur l'expérimentation psycho-physiologique, nous arrivons d'abord à cette première conclusion que la véritable émotion est l'émotion-sentiment (par opposition à l'émotion-choc ou à l'émotion corporelle qu'on observe encore chez les animaux décérébrés) et qu'elle est liée indissolublement à la présence et à l'intégrité du cerveau. C'est donc sur le cerveau lui-même que doit porter l'excitation pour qu'il y ait émotion.

Mais ce n'est pas la seule condition de l'émotivité cérébrale. Il y en a une seconde qui consiste dans la faculté de représentation mentale des sensations. Enfin les études faites sur les sujets atteints d'analgésie montrent que pour qu'une sensation actuelle de la représentation mentale d'une sensation soit susceptible de provoquer une émotion, il faut que le sentiment que le sujet a de sa personnalité soit intact et complet. Toutes les fois qu'il y a un trouble ou une dissociation, une désintégration de la personnalité, l'émotivité du sujet se trouve

émoussée ou abolie. Or, l'analgésie et surtout l'analgésie viscérale, ou l'anesthésie sont un des troubles les plus fréquemment observés de la personnalité, d'où il résulte que la cénesthésie viscérale ou organique constitue la troisième condition essentielle de l'excitabilité et de l'émotivité cérébrales.

Or la cénesthésie organique n'est que l'expression, que la projection périphérique de la cénesthésie cérébrale. L'émotion apparaît donc comme un phénomène purement physiologique, qui ne prend son caractère affectif que lorsque le sujet a conscience des modifications cérébrales qui les constituent.

Nous nous sommes donc attachés à fournir des preuves en faveur de l'existence de la cénesthésie cérébrale, preuves physiologiques, preuves psychologiques, et nous sommes arrivés à cette conclusion que, tant que l'état cérébral qui accompagne une émotion ne change pas, l'état émotionnel reste le même aussi. L'émotion ne tient pas seulement à la diffusion de l'énergie cérébrale, à un état vibratoire du cerveau, car cet état ne saurait persister, mais au sentiment que nous avons de l'état moléculaire du cerveau déterminé par cette diffusion. D'où deux modes des états émotionnels : l'un dynamique, l'autre statique. Au premier correspond l'émotion proprement dite, au sens ordinaire du mot; au second correspondent les états fixes émotionnels, d'ordre pathologique.

L'émotion vraie apparaît ainsi comme un phénomène à la fois moteur et sensitif; l'état émotionnel fixe comme un phénomène de sensibilité simple. Dans l'une et l'autre d'ailleurs, c'est la perception de ce qui se passe ou de ce qui persiste dans le cerveau, qui constitue le sentiment, l'émotion-sentiment. C'est donc à un phénomène de cénesthésie cérébrale que l'on a affaire en dernière analyse, et c'est à défendre cette thèse qu'est consacrée la plus grande partie de l'ouvrage.

Le plaisir et la douleur nous semblent distincts des émotions; ils les accompagnent comme ils accompagnent les mouvements

et les sensations; ils sont les phénomènes fondamentaux de l'affectivité, mais non de l'émotivité; c'est dans l'écorce cérébrale elle-même que se produisent les processus auxquels sont liés les sentiments de plaisir ou de peine, et ils sont liés étroitement à l'état de la cénesthésie cérébrale. Ils ne sont que la sensation du degré de facilité ou de difficulté relatives avec lesquelles se fait le passage du courant nerveux dans le cerveau, c'est-à-dire de la résistance qu'il rencontre, sans que la quantité ou l'intensité de ce courant soient en cause; ils ne tiennent pas à l'augmentation ni à la diminution de l'activité organique périphérique, mais à celles de l'activité cérébrale, en prenant pour point de repère la moyenne normale de cette activité; ils tiennent enfin essentiellement à un état dynamique, actuel, et non à un état statique, potentiel; ils sont indépendants de la nature de l'excitation.

Nous avons établi en outre, à propos de la loi de diffusion des émotions, la loi de leur localisation (voir : *Émotions localisées*).

Enfin nous avons montré le rôle des représentations dans le développement de l'émotion. Ce rôle se résume dans cette double constatation : 1° les objets et les perceptions que nous en avons, sont incapables par eux-mêmes de nous donner des émotions, et les représentations seules des effets de ces objets en sont capables; 2° parmi ces effets ce sont seulement ceux qui agissent sur nous, sur notre personne même, qui sont susceptibles de nous émouvoir. Il faut donc que toute la personnalité soit intéressée pour qu'une émotion puisse se produire sous l'influence d'une excitation.

La conclusion de cet ouvrage est que la théorie périphérique de l'émotion est inacceptable, de même que la théorie intellectualiste. L'ordre des termes — perception, émotion, expression — subsiste. C'est à une théorie purement cérébrale qu'on se trouve conduit. L'émotion repose sur la propriété même du

cerveau de réagir d'une façon plus ou moins diffuse aux excitations — émotivité; sur les conditions de conservation, de libération, et de diffusion de l'énergie cérébrale, — mécanisme et dynamisme, émotion proprement dite; sur la possibilité enfin, pour le sujet, de percevoir les modifications fonctionnelles produites dans le cerveau par l'énergie cérébrale mise en liberté — cénesthésie cérébrale. L'émotivité conditionne l'émotion, et l'émotion entraîne les réactions connues sous le nom d'expressions des émotions. Ces dernières sont en réalité secondaires et presque accessoires. C'est le phénomène cérébral qui est tout, et c'est ce qui a fait donner à notre théorie des émotions le nom de « *théorie cérébrale ou cénesthésique.* »

État actuel de la Théorie de Lange-James sur les Émotions. *Rapport au Congrès Internat. de Neurologie et de Psychologie*, Amsterdam, 1908.

L'État mental des Mourants. *Revue Philosophique*, I, p. 303, 1896.

La question se ramène à se demander quelle est la réaction du moi, non pas à la *mort*, en tant que phénomène physiologique, mais à l'*idée de la mort.* Nous avons rapporté certaines observations permettant de penser que les états de béatitude, et d'anesthésie avec analgésie, qu'on a signalés sont corrélatifs l'un de l'autre, et que le sentiment de béatitude n'est pas positif mais résulte de l'analgésie. Quant à la remémoration, elle semble tenir à ce que, par suite de cette anesthésie et de cette analgésie, les impressions actuelles ne sont plus assimilées à la personnalité présente et que les éléments seuls de la personnalité ancienne sont capables d'être évoqués.

Sur le Moi des Mourants. *Bull. de l'Institut de Psych.*, 1903, p. 29.

Nouvelle observation sur les impressions survenant chez les personnes en imminence de mort, et permettant de rapprocher le mécanisme de la remémoration dans le cas de syncope par épuisement, pouvant se terminer par la mort, de celui de la remémoration dans la régression de la personnalité chez l'hystérique vigilambule sous l'influence du réveil cérébral.

Le Sentiment cénesthésique. *Rapport au Congrès international de Psychologie*, Genève, 1909.

Résumé des incertitudes sur la définition et la nature de la cénesthésie, et exposé d'une conception nouvelle de ses rapports avec la personnalité et en particulier avec le sentiment du moi.

Sensibilité et Personnalité. *Congrès international de Psychoiolge*, 1896, p. 374.

Rappel des cas pathologiques où l'on voit la personnalité morale varier parallèlement avec les modifications de la sensibilité organique, de la cénesthésie, et expériences chez les hystériques permettant de faire varier à volonté la personnalité en fonction de la sensibilité.

Cénesthésie cérébrale et Mémoire. *Rev. Philos.*, juille 1899.

Observation d'un jeune homme hystérique présentant une anesthésie périphérique générale et un état grave d'amnésie

continue. L'anesthésie périphérique disparaît quand on observe un retour de la sensibilité normale à la partie postérieure et moyenne du crâne. La mémoire n'est rétablie que lorsque la sensibilité redevient également normale sur la région frontale.

La Passion du jeu et la Manie du jeu (en collaboration avec G. Danville). *Revue Philosophique*, I, p. 511, 1908.

Il existe à côté de la passion du jeu, et trop souvent confondue avec elle, une déformation morbide de cette passion, équivalente à ce qu'est, par exemple, l'érotomanie vis-à-vis de l'amour, la dipsomanie vis-à-vis de la gourmandise, et qu'on peut appeler manie du jeu ou impulsion au jeu.

Diverses observations rapportées par nous permettent de distinguer trois cas. Dans le premier, la manie du jeu se montre comme un équivalent de certaines manifestations hystériques, telles que les fugues. Dans le second cas, ce n'est plus un équivalent pathologique au cours d'une maladie caractérisée, c'est une manifestation même de l'état morbide constitutionnel du sujet. Enfin dans le troisième cas, le jeu sert de dérivatif à un état moral dépressif, de la même façon que l'alcoolisme ou la morphinomanie.

Le Problème de la Mémoire. Essai de psycho-mécanique (*Leçons professées à l'Université Nouvelle de Bruxelles*). 1 vol. in-8°, 226 p., de la *Bibliothèque de Philosophie contemporaine*. F. Alcan, éditeur, 1900.

Traduit en Espagnol par Ricardo Rubio. — Madrid, 1902.

La division de cet ouvrage, si l'on excepte le chapitre I (Idées actuelles sur le mécanisme de la mémoire) et le dernier (Théorie de la mémoire : évolution, siège, mécanisme) correspond à celle des opérations du souvenir : conservation, repro-

duction et reconnaissance. Ces opérations, une fois définies et distinguées les unes des autres, se décomposent en opérations plus simples, que nous nous sommes efforcés d'étudier dans leur mécanisme, et de rattacher à leurs conditions anatomiques, physiologiques et psychologiques.

Les notions courantes sur la conservation sont assez vagues. Pour se représenter ce qu'elle peut être, il faut passer en revue et discuter les hypothèses suivantes : Une même cellule cérébrale reçoit-elle d'un objet, ou d'une excitation donnée, des modifications successives et diverses? Le souvenir alors n'est plus possible ; il y aurait en effet autant de souvenirs que d'excitations renouvelées. Au contraire la même cellule est-elle modifiée à jamais d'une façon unique par une excitation donnée? Alors on ne distinguerait plus les souvenirs successifs d'une même chose. Y aurait-il enfin une cellule pour chaque impression? Cela est matériellement impossible vu le nombre des cellules et celui des impressions se produisant au cours d'une vie humaine.

Comment donc se représentera-t-on la mémoire? Si l'on décompose le souvenir d'un objet, on trouve qu'il est formé, d'une part, par des impressions de même nature (visuelles, auditives, etc.), d'autre part, par des impressions affectives, cénesthésiques, qui ne sont jointes aux premières que par accident. Le premier groupe est l'élément constant, le second l'élément variable du souvenir. Ces deux groupes étant toujours associés, et l'étant, à chaque perception, de façons différentes, on n'a, grâce au premier, qu'un souvenir unique d'un même objet, et, grâce au second, on distingue partout les souvenirs successifs de cet objet. Ainsi se trouvent rassemblés dans une conception systématique les aspects différents, en apparence contradictoires, de la conservation.

Il y a lieu de distinguer l'évocation de la reproduction, chacune pouvant en certains cas se produire d'une façon indépendante de l'autre, et la reproduction elle-même de la reviviscence,

La reviviscence est la reproduction intégrale, le réveil d'un état antérieur, où la personnalité se trouvait engagée tout entière ; autrement dit c'est le souvenir non de tels ou tels objets, mais de ces objets et de l'état émotionnel et cénesthésique qui en a accompagné l'impression. Cette distinction est capitale.

En d'autres termes, il y a reviviscence quand les souvenirs sont personnels et reproduction quand ils sont dépersonnalisés. En réalité il n'y a jamais (ou rarement) reproduction pure. Les souvenirs renferment toujours un élément personnel ou cénesthésique, et c'est par là justement qu'ils sont reconnus, c'est-à-dire attribués au moi. C'est pour cela aussi que nous distinguons les souvenirs divers d'une même chose.

Si nous cherchons à nous figurer le mécanisme cérébral de la mémoire, voici ce qu'on peut supposer. Si le souvenir est distinct de la sensation c'est que, contrairement à l'opinion de Bain, celle-ci a lieu dans le centre fonctionnel, celui-là dans le centre psychique (lobe préfrontal). Alors même qu'il y a, non sensation brute, mais perception, c'est-à-dire que l'excitation est transmise du centre récepteur au centre percepteur, la perception ne se confond pas davantage avec le souvenir parce que, dans la perception, l'excitation est centripète (du centre récepteur au centre percepteur), tandis que dans le souvenir, elle est centrifuge. Si l'évocation est distincte de la reproduction c'est qu'elle a lieu dans le lobe frontal, et la reproduction dans le centre moteur ou sensoriel. On distingue ainsi les opérations de la mémoire d'après les centres où elles s'accomplissent.

Mais il faut tenir compte des modes de fonctionnement de ces centres. La modification qui se produit dans les centres récepteurs est passagère, celle des centres percepteurs est durable. La mémoire est essentiellement la fonction de ces derniers ; ce sont les centres percepteurs qui actionnent les centres récepteurs. Elle est un état dynamique. Elle correspond à un certain potentiel qui augmente par l'exercice et décroît sous diverses influences.

Il n'y a pas de mémoires partielles : la mémoire est à la fois générale et spéciale, à savoir une tension de la force nerveuse, et comme résultat de cette tension, l'ébranlement de tel ou tel centre.

La théorie de la mémoire à laquelle nous sommes arrivés repose sur les analogies qui existent entre la façon dont se comportent le courant nerveux et le courant électrique. Nous avons, en particulier, assimilé l'évocation à un phénomène de résonance nerveuse, analogue à la résonance électrique, et cette assimilation s'est trouvée en partie confirmée depuis lors par les recherches de M. Lapicque sur la chronaxie nerveuse.

Sans vouloir transformer nos hypothèses en théorie et doctrine définitives, nous croyons qu'il y a lieu de suivre la voie que nous avons suivie nous-même pour chercher à comprendre le mécanisme de la pensée en général, et d'envisager la question au point de vue, non pas seulement de la physiologie, mais de la physique. Et nous avons montré qu'il existait des appareils capables de rendre compte dans une grande mesure des phénomènes de la mémoire — tel le télégraphone — et d'autres phénomènes psychologiques qui semblent d'un domaine ayant un caractère qu'on ne retrouverait soi-disant nulle part ailleurs.

Essai critique et théorique sur l'Association en Psychologie (*Leçons faites à l'Université nouvelle de Bruxelles*, 1905). 1 vol. in-16, 187 p., de la *Bibliothèque de Philos. contemp.*, Paris, F. Alcan, 1907.

Ces leçons forment la suite naturelle du *Problème de la Mémoire*, l'évocation étant l'une des opérations les plus importantes de l'acte mnésique, et l'association étant l'un des modes les plus fréquents de l'évocation.

Dès le premier chapitre consacré à la définition et à la délimitation du problème nous nous sommes efforcés de mettre en

relief le rôle des associations affectives et cénesthésiques.

Nous arrivons à cette conclusion qu'on ne doit considérer comme un phénomène d'association que celui où : *deux (ou plusieurs) événements psychiques (cérébraux) conscients ou inconscients surgissent toujours simultanément ou dans un ordre de succession nécessaire et invariable, réversible ou non.*

Il s'agit ensuite de répondre aux questions suivantes : 1° comment se crée, se forme une association? — 2° comment se conserve-t-elle? — 3° comment reparaît-elle? — 4° comment se modifie-t-elle ou disparaît-elle? — 5° quelle est sa nature?

Les lois de l'association ont besoin d'une revision critique. On peut faire cette revision en examinant successivement : 1° les points admis par tous; — 2° les points discutés ou discutables; — 3° les contradictions; — 4° les lacunes et les obscurités. L'examen de ces différents points nous amène à constater qu'on s'est un peu trop pressé de formuler des lois, et qu'il fallait d'abord étudier le processus associatif dans son ensemble, dans son évolution naturelle et biologique, avant de se perdre dans les discussions psychologiques et philosophiques. Il n'y a pas, à proprement parler, de lois de l'association. Toutes les formules qu'on a données comme telles ne sont que l'expression des modes sous lesquels l'association se présente à nous psychologiquement. Pour expliquer le phénomène de l'association, on peut ramener à quatre genres les essais qui ont été faits, les théories qui ont été proposées : 1° conception *psychologique*; — 2° conception *anatomique*; — 3° conceptions *physiologiques*; — 4° conception *dynamique*.

Les trois premières sont manifestement insuffisantes. Seule la théorie dynamique permet de comprendre les divers aspects du phénomène qui se résume en ceci : *Des phénomènes ayant des caractères communs quelconques déterminent dans le cerveau des états dynamiques semblables qui, lorsqu'ils se reproduisent, amènent les représensations correspondantes aux impressions*

ayant accompagné ces phénomènes, et leur donnent ainsi l'apparence d'une association.

Étudiant à ce point de vue la création, la conservation, l'évocation et l'évolution de l'association, et à propos de cette dernière, sa force et sa vitesse, nous arrivons enfin à sa nature. N'étant qu'un mode particulier du processus de l'évocation, son mécanisme se ramène à celui exposé dans le *Problème de la mémoire*, c'est-à-dire qu'il consiste dans un phénomène de résonance nerveuse. Les centres de représentation ne sont que des centres de transmission et de transformation du courant nerveux. Aux états moléculaires qu'il y détermine quand il est centripète, correspondent des images ou des états psychiques et, quand il est centrifuge, des représentations avec ou sans imagerie. Il n'y a pas de résonance entre les centres de représentations si voisins qu'ils soient. Il n'y a pas d'images conservées dans des centres. Il n'y a que des états moléculaires sans cesse en voie de changement qui correspondent à des impressions frappant les centres et qui, en se reproduisant, ramènent les représentations des impressions et de leur objet. Le véritable centre d'évocation, d'association par conséquent, est le centre psychique, aperceptif, préfrontal, où seules peuvent se produire, et la conservation du potentiel nerveux déterminé par les excitations, et la résonance des états dynamiques, d'où résulte la reproduction de ces impressions et leur association. L'aiguillage des impressions ou des représentations associées, dont l'interprétation reste insoluble avec les autres théories, n'existe pas en réalité et n'a pas lieu d'exister.

Le phénomène de l'association rentre donc dans l'ordre des phénomènes physiques et obéit aux lois générales de l'énergétique qui gouvernent la matière vivante comme la matière inorganique.

La Rétrospection. *Soc. de Psychol. — Journal de Psych. norm. et path*, 1908, p. 450.

C'est un phénomène, non encore décrit, qui consiste essentiellement dans une sorte de revision très rapide et très complète de toute l'existence passée. Mais les circonstances où elle se produit, la façon dont elle se déroule, et les résultats auxquels elle aboutit la distinguent, et de la simple réflexion avec retour sur soi-même comme chez les scrupuleux, et des régressions spontanées ou provoquées de la personnalité comme chez les hystériques, et de la simple remémoration par association d'idées, et de ces cas de vue panoramique de l'existence au moment de la mort imminente par accident. On la rencontre chez des persécutés, dans des cas d'hypochondrie compliquée d'idées de persécution se dissipant tout à coup, dans la mélancolie avec stupeur, et enfin dans des conversions morales ou religieuses.

La rétrospection appartient aux états de transformation de la personnalité. Ces transformations, qui supposent un agencement nouveau des images antérieures, une transmutation des valeurs attachées à ces images et aux impressions anciennes, une orientation nouvelle dans les tendances, des constellations nouvelles dans les idées, et un déplacement du ton effectif et de l'intérêt, sont vraisemblablement rattachables à des états cérébraux si l'on en juge par les sensations cérébrales qui les précèdent, les accompagnent et les suivent, et par les troubles physiologiques qui se produisent en même temps dans le reste de l'économie.

Représentations et Sécrétions. *Soc. de Psych. — Jour. de Psych. norm. et path.*, 1908, p. 237.

Observations montrant l'évocation de certaines représenta-

tions d'ordre spécial — sexuel dans l'espèce — sous l'influence du retour des fonctions sexuelles, et la corrélation qui existe entre les fonctions sécrétoires — externes ou internes — et certaines représentations qui leur sont liées.

Du sens de la direction dans ses rapports avec l'automatisme. *Bull. de l'Institut Psychol.*, 1903, p. 506.

En observant des malades en état d'automatisme — soit spontanément, soit dans l'hypnose —, et en dehors de cet état — après guérison ou après réveil —, on constate que le sens de la direction est admirablement conservé dans le premier cas et plus ou moins aboli dans le second, en faisant faire aux sujets, dans les deux états, les mêmes parcours. Cette étude permet de jeter un certain jour sur la question du retour des pigeons voyageurs.

Phénomènes de Perception à distance. *Bull. de l'Institut Psychol.*, 1904, p. 509.

Curieux cas d'un homme hystérique avec anesthésie générale qui, en état d'hypnose, percevait, vraisemblablement par les plus légers déplacements d'air, les appels faits avec la main par l'expérimentateur, et cela malgré qu'il eût le dos tourné, qu'il fût placé derrière un rideau, ou même enfermé dans une pièce distante de 6 mètres de celle où se tenait celui-ci. Ces phénomènes cessèrent lorsque la sensibilité normale reparut et que le malade guérit. Les expériences furent faites à maintes reprises et en présence de plusieurs confrères appelés à les contrôler.

Évocation motrice d'une Image verbale auditive perçue avant le développement du langage. *Bull. de l'Institut Psycholog.*, avril 1905.

Il s'agit d'une enfant de neuf mois qui entendait souvent sa tante appeler dans un porte-voix sa femme de chambre Louise. Ayant alors quitté sa tante, elle ne revint chez elle que deux ans après, et dès qu'elle la vit prendre son porte-voix et appeler sa femme de chambre qui n'était plus Louise, elle lui demanda si Louise était encore là. L'image auditive du mot Louise était donc restée emmagasinée dans son cerveau à un âge où la faculté de la parole n'existait pas encore, et cette image auditive a pu plus tard, au moment de la formation du centre moteur du langage, évoquer l'image motrice qui est ordinairement associée à l'image verbale chez un individu complètement développé.

La Conscience et ses Degrés. *Rev. Philos.*, II, 1905. (*Conférence générale faite au Congrès internat. de Psychologie*, Rome, 1905.)

La difficulté du problème de la conscience vient de ce qu'il a été mal posé, qu'on en a fait une sorte de postulat de la psychologie, et qu'on a mêlé à la question psychologique une question philosophique.

Il n'existe aucune définition précise de la conscience. Pour nous, *doit être considéré comme conscient tout phénomène que nous savons être perçu ou produit en nous ou par nous au moment même où il est perçu ou produit*, ce qui permet d'éliminer complètement le rôle de la mémoire dans la conscience, et de faire la part aussi petite que possible au « moi » en ne faisant appel qu'à la connaissanse brute.

En étudiant successivement le critérium de la conscience, les degrés qu'elle présente, tant au point de vue phylogénique et ontogénique qu'au cours de l'évolution d'un phénomène psychologique, on trouve sur son chemin le principe de continuité et le principe d'hétérogénéité du physique et du psychique qui compliquent le problème. On arrive alors à travers tout ce

dédale de faits et d'opinions contradictoires à reconnaître que la conscience apparaît comme liée seulement à l'activité cérébrale.

On comprend dès lors comment elle peut varier au cours de l'évolution d'un phénomène psychologique, et l'on s'aperçoit que le psychologique ne doit pas se restreindre au conscient. Deux choses empêchent souvent de voir la gradation entre l'inconscient et le conscient : ce sont l'intensité de l'excitation et la rapidité du processus nerveux. Aux gradations d'intensité il y a lieu d'ajouter les gradations d'étendue; on arrive ainsi à une hiérarchie de la conscience, et on constate qu'il n'y a pas plus de barrière entre l'inconscient et le conscient qu'entre le physiologique et le psychique.

Rejetant en partie la loi physique de Herzen, nous considérons que la conscience est liée seulement au degré maximum de désintégration dont est capable le centre cérébral considéré. Elle apparaît comme liée, non pas au maximum de l'énergie cérébrale normale, mais au maximum de l'énergie disponible à un moment donné, mais elle n'est pas une forme d'énergie.

Son rôle consiste à marquer certaines phases de l'enregistrement continu des impressions dans le centre d'aperception, à simplifier ainsi la synthèse de ces impressions et à nous renseigner à tout moment sur les actes essentiels à notre fonctionnement et au but qu'il faut atteindre, ainsi que sur l'état de ce fonctionnement.

Dépouillée de son unité et de sa continuité, regardées comme ses caractères primordiaux et irréductibles, douée par contre de degrés très nombreux et très variables, la conscience nous apparaît enfin comme une organisation de l'expérience au cours de l'évolution individuelle, et non comme une intuition primitive et immédiate de l'esprit, c'est-à-dire, en somme, comme un phénomène essentiellement biologique et physiologique, et qu'on ne saurait en tous cas prendre comme critérium de ce qui est du ressort de la psychologie, de ce qui distingue le

psychologique du physiologique et même du physique. Confondue d'ailleurs avec l'état cérébral dont elle dépend, elle ne représente en réalité rien d'autre qu'une qualité relative de cet état, ce qui revient à dire qu'elle n'a aucune existence propre, qu'elle n'est même pas, à vraiment parler, un phénomène indépendant.

Le Langage psychologique. *Journal de Psychol. normale et pathol.*, 1904, p. 454.

Critique du manque d'unité, de la confusion, de l'anthropomorphisme du langage psychologique. En précisant son vocabulaire, en rendant son langage plus objectif, plus positif, plus concret, la psychologie ne peut que gagner en précision et en clarté, et atteindre au rang de science auquel elle aspire.

Les Données de la Sensibilité subjective. *Soc. de Psychol. — Journ. de Psychol. norm. et path.*, 1906., p. 519.

L'état de notre sensibilité peut être envisagé sous deux aspects : l'un qui peut être reconnu et mesuré par d'autres que nous-mêmes : c'est la sensibilité *objective*; l'autre qui n'est connu et évalué que par nous-mêmes : c'est la sensibilité *subjective*. Par là il faut entendre les deux moyens différents par lesquels nous pouvons pratiquer l'examen de la sensibilité d'un sujet. Ce ne sont que deux ordres de manifestations de nos sensations et non deux ordres de sensibilité.

La sensibilité subjective offre un très grand nombre de manifestations tout aussi caractéristiques que la sensibilité objective. Elle fournit deux ordres de notions : les unes se rapportent à l'intensité quantitative, les autres à la qualité de la sensibilité, laquelle a sans doute autant d'importance que la première.

Il y a lieu d'étudier avec soin le rapport qui existe entre les

sensations purement subjectives, qualitatives, et l'état de l'activité cérébrale, ce rapport pouvant nous fournir des données aussi précises et importantes que celui qui existe entre l'état cérébral et les sensations objectivement mesurables.

L'Écriture en miroir. Comptes rendus du *Congrès international de Neurologie.* Paris, 1900, p. 61.

Si l'écriture en miroir paraît être l'écriture naturelle des gauchers, il y a lieu, au point de vue de son mécanisme, de la considérer comme due à un trouble de représentation, et d'abord de perception. Dans certains cas, en effet, on la voit s'accompagner soit de lecture en miroir, soit d'allochirie, soit d'erreur dans l'appréciation de la gauche et de la droite, soit de renversement des images de haut en bas en même temps que de droite à gauche. Tout cela prouve que l'écriture en miroir n'est que la manifestation d'un trouble plus profond du sens du corps ou des représentations kinesthétiques.

L'Écriture en miroir, *Renaissance Latine*, 15 avril 1903. Étude générale de la question avec de nouveaux exemples personnels et inédits.

L'Évolution de la Psychologie. *Discours prononcé à la Séance de rentrée de l'Université nouvelle de Bruxelles*, 1898.

L'étude de la psychologie n'est qu'un problème de biologie, et il faut nous élever de la psychologie descriptive et analytique à la psychologie générale, c'est-à-dire aux lois qui règlent l'apparition et l'évolution du phénomène psychique, au mécanisme de la transformation du phénomène physiologique nerveux en phénomène psychique. Toutes les recherches que nous faisons à l'aide des méthodes physiologique, expérimentale, patholo-

gique, anatomique, comparative, n'ont pas d'autre but que de nous amener à cette solution.

Ce qui a entravé la psychologie ancienne, c'est d'abord de s'être solidarisée avec la métaphysique et ensuite de n'avoir employé qu'une seule méthode, l'introspection, qui ne lui a permis d'étudier que des états de conscience. Il ne faudrait pas cependant que par un excès contraire on écartât complètement cette méthode, qui, dans certains cas, peut seule nous renseigner. Limitez-la, contrôlez-la, soit; rendez objectivement constatable tout ce qui est subjectivement connu, rien de mieux. Mais ce serait un grand tort que de rejeter de parti pris une méthode quelconque. Il ne faut pas oublier, et les psychologues le doivent moins que tout autre, que la valeur d'une méthode tient le plus souvent à celui qui l'emploie. Si j'insiste tant sur cette question de méthode, c'est qu'en vérité tous les progrès viennent de là et ne peuvent venir que de là. On n'invente jamais rien en science; on met simplement en évidence par un procédé nouveau un phénomène ou une loi à côté desquels on est passé pendant des années sans les voir, faute d'avoir su regarder.

Or, l'on ne peut pas bien regarder quand d'avance on a la conviction qu'on ne peut pas voir certaines choses. Aussi la première condition du progrès en psychologie est-elle de partir de ce principe que rien n'est établi encore, que nous en sommes à la période d'enfance. On croyait tout résolu, et de fait tout l'était avec le spiritualisme et l'origine divine de l'âme considérée comme une entité. Le jour où l'on s'est avisé de demander à la philosophie de démontrer ces assertions fondamentales, tout ce bel échafaudage s'est écroulé. Mais il ne s'agit pas de substituer un dogme à un autre.

Observons donc impartialement les phénomènes, puis cherchons à en établir les lois. Une des causes qui contribuent le plus à fausser les méthodes et à dénaturer les idées, ce sont les

termes qu'on emploie. Nous ne saurions trop nous mettre en garde contre les dangers de la terminologie, contre la tendance que nous avons à créer des mots nouveaux qui ne servent souvent qu'à compliquer les choses sous prétexte de les simplifier. Ce ne sont pas tant les mots qui rendent les faits clairs, que la façon de les exposer. En réalité tout est simple dans la nature. Nous nous trouvons en présence de phénomènes complexes, mais composés de phénomènes élémentaires. C'est à la mise en évidence de ces éléments constituants que l'on doit s'attacher. Quand on les a dégagés, les phénomènes les plus complexes en apparence deviennent aisés à comprendre. Il faut, en un mot, faire pour les phénomènes psychologiques ce que les chimistes font pour les corps composés.

L'on n'a pas le droit aujourd'hui, si l'on veut faire progresser une science, d'avoir un système quelconque. Tous les systèmes sont faux par définition, car aucun d'eux ne peut embrasser l'universalité des phénomènes. En psychologie, il faut partir de ce principe que tout est à refaire, que tout est à contrôler, à prouver, et qu'une méthode unique est impuissante à y réussir. Nous ne devons donc être d'aucune école, mais prendre partout où nous les trouvons les procédés capables de nous éclairer. Encore moins devons-nous partir d'une idée *a priori*, être spiritualistes ou matérialistes. On n'a pas besoin de connaître l'essence de la vie, l'origine de la matière, pour étudier la physiologie; pourquoi aurait-on besoin de connaître l'essence et l'origine de l'esprit pour faire de la psychologie.

Un simple coup d'œil sur le passé et le présent de la psychologie nous permet de prévoir son avenir, en nous révélant les conditions de son progrès. Tout peut se résumer en ceci : de spéculative la psychologie est devenue positive, d'introspective elle est devenue expérimentale, de surnaturelle elle est devenue naturelle, de métaphysique elle est devenue physiologique, et elle constitue aujourd'hui le couronnement des sciences biolo-

giques, le phénomène psychique étant la manifestation la plus élevée, la plus compliquée et la plus difficile à saisir, de la vie.

Le Volontarisme. *Revue Philosophique*, II, 1909.

En présence des conséquences éloignées et imprévues, mais logiques, du volontarisme, d'une part, de l'ambiguité, de la confusion, des contradictions, qui règnent dans tout ce qui touche au concept de volonté, d'autre part, il nous semble qu'il y aurait lieu de soumettre ce dernier à une nouvelle critique théorique et pratique et d'en opposer les résultats, avec toutes leurs conséquences morales et philosophiques, aux affirmations hasardées, aux sophismes adroits, et aux paradoxes ingénieux des volontaristes. Tâche ardue et délicate, mais nécessaire et opportune.

Le Doute. (*Leçons faites à l'Université nouvelle de Bruxelles* 1908). 1 vol. in-8°, 400 p., de la *Bibliothèque de Philosophie contemporaine*, Paris, F. Alcan, 1909.

Il n'est question depuis une vingtaine d'années que de la volonté, de l'éducation et de la rééducation de la volonté. Philosophes, moralistes, pédagogues, thérapeutes n'ont que ce mot à la bouche. La croyance n'est qu'un acte de volonté, l'éducation morale se résume dans la formation de la volonté, les maladies nerveuses qui s'accompagnent de troubles psychiques et même physiques, les psycho-névroses et les névroses, ne sont que des maladies de la volonté. Il y a là un abus dont les conséquences peuvent être fâcheuses pour la morale, pour l'éducation, et pour la thérapeutique. On oublie que pour vouloir il faut d'abord savoir ce qu'on est capable de faire, et ensuite ce qui doit être fait. Or cette connaissance du moi et du monde extérieur, ce n'est pas la volonté qui peut nous la donner. Mais lorsqu'on l'a

acquise, il faut être dans des conditions psycho-physiologiques spéciales pour agir en conséquence. Si ces conditions ne sont pas réalisées, s'il en existe au contraire de telles que les différents mobiles et motifs d'action soient dans un état d'équilibre instable, aucun choix ne peut se produire. Cet état d'équilibre instable de nos représentations, de nos sentiments, de nos émotions, de nos tendances, c'est le doute.

C'est donc aux conditions psycho-physiologiques du doute, conditions consistant essentiellement dans l'état de l'émotivité et de la résistance cérébrale du sujet qu'il faut s'attaquer, et non à l'entité insaisissable qu'on appelle la volonté. Avant de songer à éduquer la volonté, à la fortifier, à la restaurer, il faut donc apprendre à éviter le doute d'abord, à le résoudre ensuite quand il a surgi.

Ce n'est pas d'un défaut de volonté que souffre notre époque, c'est d'incertitude et d'indécision, de doute en un mot, dont les conséquences au point de vue social sont plus graves encore qu'au point de vue individuel.

Le doute est l'opposé de la croyance et c'est dans le même domaine affectif que l'un et l'autre prennent racine.

Le doute est essentiellement constitué par l'opposition d'abord, l'oscillation ensuite, se produisant entre deux ou plusieurs phénomènes psychologiques de même ordre ou d'ordres différents, ou entre deux ou plusieurs éléments de l'un quelconque de ces phénomènes.

Le doute n'est pas d'ordre intellectuel. L'intelligence n'y joue qu'un rôle secondaire et accessoire une fois qu'il est constitué. Ce rôle consiste à justifier, comprendre, ou résoudre le doute, mais souvent aussi à lui fournir des causes d'amplification et d'extension.

Le doute n'est pas d'ordre volitionnel. Bien qu'il se montre au cours d'une des phases de la volition, au moment de la délibération, il n'a avec la volonté que des rapports de causalité

et non de nature. Loin d'être conditionné par l'état de la volonté, c'est lui qui la conditionne le plus souvent. En outre, le doute n'est pas applicable aux seules volitions, à l'action seulement. Il consiste non seulement dans un conflit des mobiles d'action, mais plus souvent encore dans un conflit de tendances, de sentiments, d'émotions, de sensations, de représentations réelles ou imaginaires, de croyances, et enfin des éléments constitutifs de la personnalité intellectuelle et morale.

Le doute est un phénomène d'ordre affectif, émotif, et personnel. Il atteint toujours la personnalité tout entière et ne reste jamais confiné à une des sphères seulement de l'activité mentale, ou pour mieux dire cérébrale, atteignant aussi bien la sphère motrice que la sphère de l'idéation la plus abstraite.

Qu'il soit normal et occasionnel, ou pathologique et habituel, il repose toujours sur le même fond d'émotivité, constitutionnelle ou acquise, permanente ou momentanée, et de faiblesse de résistance cérébrale, qui n'est ni de l'inertie, ni de l'épuisement, ni de l'insuffisance, soit permanente soit passagère.

Émotivité et faiblesse de résistance cérébrale d'un caractère spécial sont étroitement liées l'une à l'autre, et il est difficile de dire laquelle des deux a la priorité génétique sur l'autre. Ce sont elles qui expliquent l'opposition et l'oscillation des phénomènes psychologiques de tout ordre dans le doute.

C'est à elles aussi, et particulièrement à l'émotivité, qui constitue le phénomène le plus apparent, que sont dus les caractères particuliers du doute : inquiétude ou angoisse, obsession, états opposés de la conscience, exagération de la représentation, formation des associations par contraste d'une façon prédominante, affaiblissement de la mémoire et de l'attention, modifications de la motricité, etc. Mais le phénomène capital du doute est l'oscillation, dont l'opposition n'est que le premier degré : pas d'oscillation entre les phénomènes psychologiques, pas de doute. L'oscillation peut d'ailleurs se produire avec un

rythme très variable, plus ou moins espacé dans le doute normal, toujours plus ou moins rapide dans le doute pathologique.

Le doute pathologique représente l'expression la plus complète de l'émotivité morbide. Tous les troubles décrits sous les noms d'obsessions, de phobies, de manies, d'agitations, d'impulsions conscientes, de délires émotifs, de névrose, d'angoisse, etc., ne sont que des manifestations primitives ou réactionnelles du doute ou du douteur.

La psychasthénie n'est autre chose que la maladie du doute, car tous les troubles indiqués ci-dessus s'y retrouvent et sont explicables par le doute et ses réactions. Si l'on voulait adopter un terme qui tînt compte à la fois de l'élément névropathique et psychopathique, en même temps que du fond essentiel sur lequel se développe le doute, c'est celui de psycho-névrose émotive qui paraîtrait le plus juste et le plus compréhensif.

Entre les douteurs normaux et les douteurs pathologiques, il existe une variété de douteurs extrêmement nombreux qui restent toute leur vie sur les confins des deux : ce sont les inquiets, les timides, les impulsifs, les émotifs, les mystiques, les pervertis et invertis sexuels.

Le nombre des douteurs pathologiques paraît s'accroître de nos jours alors que les névroses et psycho-névroses franches et caractérisées sont moins fréquentes. Il semble qu'il y ait une sorte de substitution de toutes les formes de l'émotivité morbide, dont le doute est la manifestation la plus caractéristique, à ces névroses et psycho-névroses. Il serait téméraire d'assigner des causes, probablement très multiples, à cette transformation, et aussi à la généralisation de l'émotivité morbide ou quasi-morbide.

Mais ce qui est inquiétant c'est que, sous des apparences moins bruyantes et plus bénignes que les névroses franches, toutes les manifestations de cette émotivité excessive et morbide ont en réalité des conséquences beaucoup plus graves tant au point

de vue de l'individu et de l'espèce, qu'au point de vue social. Il semble qu'il y a là un danger qui doit être signalé à l'attention des éducateurs, des médecins, et des sociologues, encore plus qu'à celle des psychologues et des philosophes. Aussi avons-nous terminé notre étude par les moyens d'éviter le doute, et, lorsqu'il s'est développé, de le combattre.

La psychothérapie du doute ne repose pas sur la dialectique. Elle ne doit guère s'adresser à l'intelligence et à la logique, mais au moral et à l'affectivité. Elle pourrait se résumer d'une façon très simple : inspirer la confiance au douteur, pour déterminer chez lui une croyance qui l'entraîne à l'action, lui rendre confiance en lui-même, en lui apprenant ce qu'est réellement sa maladie, et le faire agir normalement, la normalité mentale d'un individu se reconnaissant surtout à la normalité de ses actes. Œuvre de patience et de fermeté demandant de la part de celui qui l'entreprend le concours simultané de son intelligence et de son cœur, autant que de son savoir scientifique et de sa connaissance de la vie.

PHYSIOLOGIE NERVEUSE

Recherches sur le Pouls cérébral dans ses rapports avec les attitudes du corps, la respiration et les actes psychiques. (En collaboration avec Alfred Binet). *Archives de Physiologie normale et pathol.* Octobre 1895.

Cette étude faite sur une malade ayant une large perte de substance au niveau de la région frontale droite nous a permis les constatations suivantes :

C'est l'attitude de la tête qui a la plus grande influence sur le rythme du cerveau, comme l'avaient montré Fr. Franck et Brissaud. Des effets moindres, quoique encore très nets, sont liés aux phases respiratoires, et d'autres plus faibles encore sont sous la dépendance du travail intellectuel.

Ces résultats sont une confirmation partielle des travaux de Mosso, tout en montrant que les recherches de ce genre sont entourées d'un grand nombre de causes d'erreurs tenant soit aux changements d'attitude du corps, soit aux changements du mouvement respiratoire.

Le Sens musculaire. Revue critique. *Archives de Neurologie* 1887.

Traduit en italien — Giornale di Neuropatologia, Naples, 1887.

La Nutrition et la Pensée. *Comptes rendus du Congrès international de Psychologie.*, Rome, 1905, p. 186.

Travail basé sur l'observation de certains malades — ano-

rexiques et obsédés — chez lesquels on constate une augmentation ou une diminution de poids sous l'influence d'une idée persistante accaparant la pensée. Les deux ordres de cas corroborent les résultats obtenus. La conclusion est que la perte en huit jours d'un kilogramme par un malade correspond à un travail cérébral qui absorbe à lui seul une énergie de 400 calories par jour, ce qui représente 170 000 kilogrammètres.

L'Énergie nerveuse et l'Énergie électrique. *Archives de Neurologie*, 1900, n° 58.

A propos de la théorie des neuro-diélectriques de M. Binet-Sanglé, nous exposons notre théorie de la résonance nerveuse.

Le Système nerveux et la Psychologie. *Revue Encyclopédique*, 1908, p. 153.

Exposé des rapports de la Psychologie et du Cerveau d'après les travaux les plus récents sur l'anatomie et la physiologie cérébrale.

Energie et Pensée. *Conférence faite à l'Institut Psychologique*, 15 mai 1905.

La conclusion était la suivante : Il y a dans la pensée deux choses à considérer : d'une part, l'énergie cérébrale qui, en se libérant, produit dans le cerveau des modifications des cellules nerveuses sur différents points; d'autre part, la conscience que nous avons de l'agencement de ces diverses modifications, qui correspondent chacune à des représentations diverses.

Pour le psychologue, c'est la conscience qui caractérise le phénomène psychologique; mais pour le biologiste et pour le physiologiste, c'est tout le contraire, ou si ce n'est pas le con-

traire c'est au moins autre chose de beaucoup plus étendu, de beaucoup plus large. Il faut comprendre sous le nom de phénomènes psychologiques tous les phénomènes qui peuvent aboutir à la conscience. Or, la conscience peut se montrer ou ne pas se montrer et le phénomène n'en reste pas moins exactement le même; nous avons nombre de faits aujourd'hui bien connus dans lesquels le sujet est parfaitement inconscient au sens que tout le monde entend, et où cependant toutes ses réactions, tous ses phénomènes psychologiques se produisent d'une façon aussi correcte et aussi régulière que s'il avait conscience. On dira dans ce cas qu'il ne pense pas; en réalité il pense, mais il n'en a pas conscience.

Nous aboutissons ainsi à une conception dans laquelle la conscience ne se montre plus que comme un indicateur — qui peut fonctionner ou ne peut pas fonctionner — du phénomène chimique, du phénomène moléculaire, des mouvements particuliers qui se produisent dans l'écorce cérébrale.

Nous voyons dès lors que toute pensée se ramène en somme à des variations de l'activité cérébrale et, par conséquent, de l'énergie chimique, cette énergie chimique étant soumise elle-même, aux lois générales de l'énergetique. La pensée qui n'est autre chose que cette énergie, avec, en plus, une forme particulière, un agencement particulier des éléments qui la constituent, et une conscience qui lui est ou non surajoutée, se trouve ainsi soumise elle-même aux lois de l'énergétique.

Nous voyons donc que la fonction psychologique rentre dans le cadre de toutes les autres fonctions de l'organisme; nous voyons qu'elle ne représente aucune énergie nouvelle, qu'elle ne fait appel à aucune énergie spéciale non plus pour se constituer, qu'elle se confond avec l'énergie cérébrale elle-même, c'est-à-dire avec l'énergie chimique comme toutes les autres énergies biologiques, et qu'elle obéit ainsi aux lois de l'énergétique, c'est-à-dire qu'elle se conforme aux grandes lois univer-

selles qui régissent tous les phénomènes de la nature.

Des Centres corticaux des Viscères. *Congrès des aliénistes et neurologistes*, Angers, 1898.

Dix nouveaux cas (depuis ceux signalés dans *Genèse et nature de l'Hystérie* en 1897), dont trois se rapportent au centre de l'estomac, trois à celui du cœur, où l'on a pu déterminer par la méthode des *points douloureux* du crâne, la localisation des centres de l'estomac et du cœur au niveau du cerveau.

De la Localisation cérébrale des Troubles hystériques. *Revue Neurologique*, 1900, pp. 102-364.

A tous les accidents hystériques correspond une localisation corticale qui n'est autre que le centre même de la fonction intéressée. On peut en faire la démonstration, soit clinique, soit expérimentale. La première ne peut être employée que dans le cas d'hystérie monosymptomatique, ou à symptôme prédominant, ne s'accompagnant que de signes très légers, comme dans certaines formes d'anorexie primitive. Dans ces cas on constate facilement, et les malades attirent quelquefois même l'attention sur cette particularité, l'existence de zones douloureuses à la pression du crâne, en même temps qu'elles présentent de l'anesthésie ou de l'analgésie à la piqûre. En reportant sur un schéma du cerveau dans ses rapport avec la boîte crânienne les points ainsi mis en évidence dans des cas où les troubles sont ceux de certaines fonctions dont les centres corticaux sont déterminés, on constate qu'ils correspondent aux régions cérébrales contenant ces centres connus. D'où l'on peut inférer que lorsque ces points correspondent à des régions cérébrales non encore déterminées au point de vue fonctionnel, celles-ci sont en rapport avec la fonction à laquelle se rattache

le trouble hystérique considéré. C'est ce que l'on peut appeler la *méthode des points douloureux* qui permet de découvrir les centres des fonctions cérébrales non encore précisés.

On peut vérifier le fait expérimentalement en procédant de la manière suivante avec une hystérique guérie et hypnotisable, ayant toute sa sensibilité crânienne normale. On l'endort et on lui provoque une paralysie ou un trouble viscéral quelconque assez intense, et l'on recherche le point douloureux à la pression en même temps qu'anesthésique à la piqûre qui apparaît sur le crâne. Il correspond au centre de l'organe intéressé.

A l'appui de ces conceptions nous avons cité un assez grand nombre d'exemples cliniques et répondu à certaines critiques que nous fit Gilles de la Tourette en précisant les conditions de l'expérience et de l'observation pour que celles-ci aient une valeur réelle, tous les cas ne se prêtant pas à la vérification de la théorie par suite de la complexité des phénomènes.

Le Centre cortical des Fonctions de l'estomac (en collaboration avec le Dr Delagénière, du Mans). *Revue Neurologique*, 1901, p. 1103.

Il s'agit d'un cas d'abcès du cerveau consécutif à une fracture de la voûte du crâne avec enfoncement, chez un jeune garçon. On fit la trépanation, on draîna la cavité et la guérison eut lieu rapidement. Or, pendant celle-ci on observa chez l'enfant une boulimie extraordinaire.

L'abcès avait entraîné une hémiplégie droite complète, avec paralysie du facial supérieur et tremblement particulier de la cuisse droite, probablement en atteignant des fibres sous-jacentes, car la lésion cérébrale primitive siégeait sur le lobe pariétal entre les centres moteurs et le point que, dans nos travaux sur l'hystérie et la localisation cérébrale des troubles hystériques, nous avons indiqué comme centre cortical de l'estomac.

Il est probable que sous l'influence de l'irritation de voisinage provoquée par l'abcès et le travail de réparation cicatricielle ce centre a présenté une suractivité particulière qui s'est traduite par la boulimie constatée pendant la convalescence et qui a persisté longtemps après sous forme de voracité, puis d'appétit exagéré.

Phénomènes de Cénesthésie cérébrale unilatéraux et de Dépersonnalisation, liés à une affection organique du cerveau. *Encéphale*, octobre 1910.

L'existence de la cénesthésie cérébrale, c'est-à-dire d'une sensibilité propre du cerveau, nous permettant d'avoir une certaine conscience, comme pour les autres organes du corps, des désordres fonctionnels qui s'y produisent, n'est pas encore absolument démontrée, si vraisemblable qu'elle soit.

Or, dans le cas présent, l'examen du cerveau est venu montrer que les phénomènes cénesthésiques observés du vivant du malade, et qui avaient ce caractère bien spécial d'être unilatéraux, correspondaient réellement à un état organique de l'hémisphère cérébral où les sensations avaient été ressenties.

Quoique l'examen du cerveau n'ait pas pu être pratiqué *post mortem*, et n'ait pu avoir lieu que sur la table d'opération, après une large trépanation, il apparaissait comme évident que l'hémisphère droit était le siège d'une altération profonde (tumeur ou autre).

Les conclusions, que nous avons cru pouvoir tirer de ce fait, sont les suivantes :

1° La cénesthésie cérébrale, c'est-à-dire l'existence d'une sensibilité spéciale nous renseignant sur le fonctionnement du cerveau au point de vue psychique, et, dans certains cas pathologiques, au point de vue physique, semble devoir être admise;

2° La dépersonnalisation paraît liée à des troubles de la cénesthésie cérébrale;

3° Les troubles de la cénesthésie cérébrale sont liés eux-mêmes à des troubles du fonctionnement cérébral, qui peuvent, dans certains cas, résulter d'une altération du cerveau, laquelle aboutit quelquefois à la mort par inhibition.

L'aiguillage des Impressions nerveuses. *Journal de Psychol.* n° 1, 1912.

Le phénomène de la chronaxie nerveuse étudié par M. Lapicque vient confirmer et expliquer la théorie de la résonance nerveuse appliquée par nous à la mémoire en 1900 et à l'association des idées en 1907. Si nous parlions alors de résonance c'est que l'on croyait alors que le courant nerveux était de nature vibratoire. Mais ce que nous avions en vue surtout c'était d'établir que l'évocation des représentations ou leur association étaient d'ordre dynamique et se produisaient par suite de phénomènes de concordance, *homologues*, dans des centres différents, ayant été en quelque sorte *accordés* par le fait qu'ils s'étaient déjà présentés antérieurement d'une façon simultanée. L'homologie que je cherchais alors à établir aurait pour principale ou unique cause la chronaxie des neurones.

Sur la Rapidité des Réactions sensitives. *Bull. de l'Institut Psychol.*, 1901, p. 193.

Des expériences faites avec un dispositif nouveau il semble résulter que les réactions conscientes sont beaucoup plus rapides qu'on ne l'a dit, et que leur lenteur relative tient en grande partie à l'instrumentation. La rapidité de certaines sensations tactiles pourrait atteindre 2 millièmes de seconde.

PSYCHIATRIE ET PSYCHOLOGIE PATHOLOGIQUE

Guide pratique des maladies mentales (Sémiologie. Pronostic. Indications). 1 vol. in-16, 510 p., G. Masson, édit., 1893.

C'est le premier et c'est encore le seul traité de sémiologie mentale qui existe en France. Il s'adresse spécialement aux médecins praticiens ou aux débutants dans l'étude des maladies mentales. Il a pour but de donner au médecin le moyen, sans notions spéciales de psychiatrie, de remonter d'un trouble mental quelconque aux autres phénomènes qui lui permettront, par leur groupement, d'établir le diagnostic de la forme nosographique à laquelle il appartient, et par suite de prévoir l'évolution de cette forme et de prendre les mesures que nécessite le traitement du malade, sa sécurité et celle de son entourage. Ce n'est ni un *manuel*, ni un *traité des maladies mentales*, mais un *guide pratique* pour arriver à la solution des quatre questions qui se posent en face de tout individu présentant des troubles mentaux. Le médecin doit en effet se demander à lui-même : 1° le malade est-il aliéné; 2° quelle forme de délire présente-il? — La famille, de son côté, lui demande de répondre sur les deux points suivants : 1° quelle est la marche, et d'une façon générale, quel est le pronostic de la maladie; 2° quel est le traitement, quelles sont les mesures à prendre?

L'ordre suivi est l'ordre naturel des choses lorsqu'un médecin

est appelé près d'un malade supposé aliéné. De l'examen extérieur et somatique du malade il passe à l'examen psychologique. Le mutisme et les troubles de la parole s'offrent dès l'abord, puis les illusions et les hallucinations qu'on peut reconnaître même sans interrogatoire. On constate de même d'emblée les états de dépression, de stupeur, d'excitation et d'agitation. Puis viennent les états démentiels et les amnésies. On entre alors plus profondément dans l'examen en constatant les idées de suicide, le refus d'alimentation, les idées hypochondriaques, les idées de négation, les idées de persécution, les idées mystiques, les idées de grandeur, les idées érotiques, les perversions et inversions sexuelles. Ce sont ensuite les obsessions, les phobies, les impulsions, les fugues, les vols aux étalages, l'homicide; enfin la folie morale et la folie raisonnante. Le diagnostic de la paralysie générale forme un chapitre à part à cause de son importance.

Aux chapitres concernant le pronostic en général et le traitement s'ajoutent certaines questions de déontologie médicale, et les formalités nécessaires pour l'interdiction, le conseil judiciaire, l'administration provisoire des biens des aliénés.

Un cas d'Hypochondrie terminé par la mort. *Société médico-psychologique*, octobre 1901.

Un cas d'Obsession avec Transformation délirante, terminé par la mort (en collaboration avec M. Chartier). *Encéphale*, mars 1909.

Ces deux cas nous ont amené à faire remarquer que certains cas d'obsessions qui s'accompagnent de phénomènes cénesthopathiques intenses et de certains troubles viscéraux, en particulier la tachycardie — qui dominait la scène chez le premier malade — comportent un pronostic très réservé.

Ces faits nous démontrent que les troubles de l'émotivité se traduisant par des phénomènes d'anxiété, d'obsessions, de phobies, etc., peuvent avoir leur origine dans des états organiques, soit constitutionnels, soit acquis, et qu'il est indispensable de rechercher toujours ce substratum organique au lieu de les considérer simplement comme de purs troubles psychologiques.

Les Réflexes chez les Paralytiques généraux. *Société médico-psychologique*, janvier 1904.

Deux cas de Délire de Médiumnité (en collaboration avec Fr. Boissier). *Société médico-psychologique*, juin 1904.

Médiumnité délirante (en collaboration avec F. Boissier). *Archives de Neurologie*, 1904, II, p. 1.

Le spiritisme, l'occultisme, provoquent fréquemment des troubles mentaux. Ceux-ci se présentent sous trois modalités différentes :

1° Le délire vésanique revêt la forme médianimique; il constitue sous cette forme toute la maladie dont les éléments symptomatiques sont représentés par ceux de la médiumnité elle-même. A quelque groupe nosologique que se rattache cette maladie mentale, elle se renferme dans les limites de ce délire, débutant et finissant avec lui. Dans ce cas, le trouble mental ne diffère de la médiumnité commune que par l'état d'esprit persistant et par la mauvaise influence qu'il imprime à la vie sociale du sujet en raison des actes extravagants auxquels celui-ci peut être entraîné par l'obéissance à ses hallucinations. C'est le cas de notre première malade.

2° Le délire médianimique n'est que le début, la première

étape plus ou moins courte d'une psychose grave qui, dans la suite, revêtira une forme différente. Il peut être soit un épisode dans l'évolution d'une vésanie, soit une phase transitoire entre un état névropatique prodromique et une maladie mentale confirmée; ce dont notre second malade serait un exemple.

3° Un délire vésanique de forme quelconque peut venir compliquer un cas de médiumnité ordinaire durant depuis un temps plus ou moins long. Ce délire marque alors un progrès nouveau accompli dans la désorganisation psychique du sujet. Il peut même constituer le mode de terminaison naturelle de certaines médiumnités.

Il est d'ailleurs curieux de constater que le délire de médiumnité peut naître spontanément, ou, si l'on préfère, que les éléments d'un délire peuvent revêtir d'eux-mêmes la forme médianimique sans initiation spéciale et surtout sans entraînement spirite préalable du sujet. Une seule séance de table tournante suffit pour mettre un malade de MM. Ballet et Dheur sur la voie rapidement parcourue dans la suite de la désagrégation mentale. Il en a été de même de notre première malade que la seule préoccupation des phénomènes spirites suffit à aiguiller vers la médiumnité délirante.

Quelle que soit leur marche, ces délires médianimiques sont toujours caractérisés par un dédoublement bien net de la personnalité, que les malades traduisent par des idées et des mots très expressifs. Ces malades ne constituent évidemment pas un groupe distinct à classer à part. Dans la discussion du mois d'avril 1903 à la Société médico-psychologique, M. Christian les avait incorporés parmi les démonomanes.

Ils ne nous paraissent pourtant pas être des démonomanes. Les démonomanes, en effet, n'appartiennent pas tous à la même famille; il est parmi eux des possédés qui sont les uns des mélancoliques, les autres des persécutés chroniques; il

est aussi, parmi ces malades, des obsédés et enfin des mystiques. Les spirites sont caractérisés surtout par la forme spéciale de leurs éléments délirants; ils ont au moins ce détail symptomatique en plus et l'aspect de leurs conceptions diffère plus ou moins dans sa teneur.

Ils sont en tout cas à rapprocher des démonomanes et font partie, avec les démonomanes et les théomanes raisonnants, de la famille des délirants mystiques.

Folie puerpérale. Amnésie, astasie, et abasie. Idées délirantes communiquées (avec le Dr J. Séglas). *Archives de Neurologie*, II, p. 386, 1890.

Sur une Forme circulaire de la Neurasthénie. *Revue de Médecine*, décembre 1893.

Le type clinique décrit par nous n'était autre chose que ce qu'on a appelé depuis la cyclothymie. Nous montrions qu'à côté de l'étiologie et de la symptomatologie, l'évolution pouvait servir à caractériser certaines formes de neurasthénie, et qu'à ce dernier point de vue on pouvait distinguer non seulement une neurasthénie aiguë et une chronique, mais une *circulaire*, en raison des analogies qu'elle présentait avec la folie circulaire dont elle ne différait que par l'absence de délire.

Elle est constituée, — disions-nous en résumant les faits observés par nous, — et c'est là son caractère essentiel et spécial, par des alternatives de dépression et d'excitation qui se suivent sans intervalle. La durée de ces accès est très variable — de quelques jours à quatre, cinq mois et plus — et leur intensité ne l'est pas moins. C'est une forme essentiellement chronique, progressive, et qui aboutit à un affaiblissement général des facultés intellectuelles, sans qu'on puisse dire encore si elle mène à la démence ou se complique tardivement

de lésions cérébrales. Le pronostic est plus grave que celui de la neurasthénie chronique vulgaire, à cause des actes auxquels les malades peuvent se livrer pendant leurs périodes d'excitation. Le traitement curatif est nul; le traitement palliatif est des plus difficiles à instituer, surtout pendant la phase d'excitation où il est le plus souvent impossible.

Recherches sur la Résistance électrique du Cerveau et sa Valeur pronostique dans la Mélancolie. *Bulletin de la Société clinique de Paris*, 1890, p. 222.

Les conclusions de ces recherches étaient : 1° L'augmentation de la résistance électrique paraît constante dans la mélancolie.

2° Cette augmentation varie avec les améliorations et les aggravations, même passagères, de l'état mental.

3° Sa décroissance progressive indique, quelquefois avant tout autre signe, une tendance à l'amélioration et à la guérison, d'où son importance au point de vue du pronostic.

4° La décroissance se fait simultanément pour la résistance thoracique et céphalique, mais dans un rapport différent pour les deux, d'où l'utilité de les mesurer chacune.

5° La résistance électrique céphalique étant en rapport avec l'état psychique et paraissant, d'autre part, diminuer sous l'influence de la galvanisation cérébrale, appliquée suivant certaines règles, il y a utilité à soumettre les mélancoliques au traitement galvanique trans-cérébral, concurremment avec les autres traitements applicables en pareil cas.

Note sur le Rôle de la Mémoire dans la Folie du doute. *Société médico-psychologique*, juin 1896.

Parmi les troubles expliquant en partie certaines phobies, il en est un qu'on a beaucoup négligé, c'est l'affaiblissement de la

mémoire dont se plaignent beaucoup de malades. Parmi les douteurs les uns se figurent n'avoir pas fait une chose qu'ils ont faite, les autres avoir fait une chose qu'ils n'ont pas faite. Dans les deux cas c'est l'oubli de certaines circonstances, soit extérieures soit intérieures, qui les plonge dans le doute. Ni l'attention volontaire, ni la perception extérieure, ni la volonté n'ont rien à voir dans l'explication de ces cas. Seul le trouble de la mémoire permet de les comprendre.

Du Rôle des Impressions kinesthésiques dans la Maladie du doute. *Société médico-psychogique*, mars 1901.

Paralysie générale juvénile hérédo-syphilitique. *Société médico-psychologique*, octobre 1897.

La Guérison des Aliénés dans les Asiles. *Progrès médical*, 5 septembre 1891.

Les Législations étrangères sur les Aliénés. *Bull. médical*, 1887, p. 107.

Revision de la Loi de 1838 sur les Aliénés. *Bull. médical*, 1887, p. 152.

Étude critique et comparée des législations française et étrangères à propos de la discussion au Sénat sur la revision de la loi de 1838.

Psychologie pathologique des Hallucinations. *Bulletin de l'Institut de Psychologie*, 1900-01, p. 193.

L'hallucination vraie consiste en une représentation qui se produit au niveau même du centre de représentation, sans évocation, même inconsciente, partie du centre d'aperception, ainsi

que c'est le cas des représentations intenses qui peuvent arriver à s'objectiver, comme dans le souvenir hallucinatoire.

On certain Cenesthetic disturbances, with particular reference to cerebral cenesthetic disturbances as primary manifestation of a modification of the Personality. *The Journal of abnormal Psychology*, 1907, p. 1.

Dans un assez grand nombre de cas de dépersonnalisation ou de transformation rapide de la personnalité, on constate des sensations cérébrales très spéciales, qui surviennent brusquement et causent en général une grande frayeur au malade qui les ressent. Ce sont des sensations d'éclatement, de renversement, de bouleversement quelconque du cerveau, donnant l'impression qu'on va mourir ou perdre la raison, et à la suite desquelles le sujet a immédiatement la notion d'un changement complet de sa personnalité

Les Hallucinations autoscopiques. *Bulletin de l'Institut de Psychologie*, 1901-02, p. 39.

Douze observations de ce qu'on a appelé l'hallucination deutéroscopique, ou spéculaire, ou enfin autoscopique.

Elles permettent d'en décrire trois formes principales :

1° *Hallucination deutéroscopique*, où le sujet voit un personnage différent de lui physiquement, mais identique moralement, et qu'il reconnaît comme lui-même.

2° *Hallucination spéculaire*, où le sujet se voit comme dans une glace.

3° *Hallucination autoscopique* proprement dite qui peut être *positive*, avec les deux variétés *externe* et *interne*, ou *négative*.

Suppression de l'Image d'un Hystérique reflétée par la glace. *Société médico-psychologique*, 1901.

C'est un cas d'hallucination autoscopique négative, forme très rare.

L'Autoscopie interne. *Revue Philosophique*, I, 1903.

Quelques cas d'Autoscopie. *Soc. de Psych. — Journal de Psychologie*, 1908, p. 160.

Sept nouveaux cas montrant combien ce phénomène est plus fréquent qu'on ne croit, et confirmant la conclusion que nous avons formulée, que ce n'est pas une hallucination visuelle, mais une extériorisation du moi, d'ordre cénesthésique avant tout.

Un cas d'Autoscopie vérifié expérimentalement. *Soc. de Psychologie. — Journal de Psychologie*, 1908, p. 354.

Cas d'une hystérique vomisseuse ayant révélé dans le sommeil hypnotique profond l'existence au niveau de son pylore d'un petit corps gros comme un petit pois. Cette déclaration, ignorée d'elle à l'état de veille, fut remise sous pli cacheté à un tiers ayant une pylorectomie qu'on dut pratiquer chez cette malade plusieurs années après. Or il existait un petit fibrome du volume annoncé dans l'épaisseur du pylore.

Les Phénomènes d'Autoscopie. 1 vol. in-8, 176 p., Paris, F. Alcan, 1904.

Dans cet ouvrage nous avons repris et développé, avec observations nouvelles à l'appui, la question de l'autoscopie déjà traitée par nous ailleurs.

L'autoscopie se présente sous deux formes : externe et interne. L'autoscopie externe consiste dans le fait de se voir

soi-même devant soi (hall. deutéroscopique de Brierre de Boismont, hall. autoscopique ou spéculaire de Féré.) Son existence n'est contestée par personne. Il ne s'agit nullement ici, selon nous, d'une hallucination de la vue, ou du moins le phénomène visuel n'a qu'une importance très secondaire. Ce qui est capital c'est le sentiment que l'on est en face d'un autre soi-même. Pour nous, ce sentiment du moi tenant à l'ensemble des sensations cénesthésiques qui constituent le fondement même de notre personnalité, c'est à l'extériorisation de ces sensations qu'est dû le phénomène d'autoscopie externe. C'est donc une hallucination cénesthésique. Ce qui le prouve c'est qu'on peut avoir le sentiment de la présence de son double sans le voir, et que cependant on le reconnaît parfaitement comme identique à soi. La forme visuelle n'est que surajoutée grâce à une opération inconsciente de l'esprit qui adapte naturellement la forme visuelle à la forme sentie.

La seconde forme d'autoscopie, l'autoscopie interne, est nouvelle. Le sujet, au lieu d'objectiver extérieurement le sentiment général qu'il a de soi-même, se perçoit en partie seulement et prend conscience de ses organes internes dans leur forme, leur situation, leur structure, leur fonctionnement même. Les premiers faits de ce genre ont été signalés par le Dr Comar. Depuis nous en avons publié un certain nombre qui, joints à ceux de plusieurs autres auteurs, permettaient d'en citer une douzaine alors.

L'autoscopie interne s'est montrée jusqu'ici exclusivement chez des hystériques présentant des troubles viscéraux anciens et profonds. Elle survient au cours du réveil des centres cérébraux, au moment où les dits centres sont sur le point de recouvrer leur activité, généralement mais non toujours dans le sommeil hypnotique. Rien ne peut faire prévoir l'apparition. qui se fait brusquement, des phénomènes. Ils disparaissent plus lentement, un peu avant le retour de l'état normal, sans laisser

de souvenir au sujet qui continue à présenter les réactions accompagnant le réveil de la sensibilité organique comme si l'autoscopie n'avait pas existé.

Tous les organes sont susceptibles d'autoscopie interne. L'interprétation la plus simple — la supercherie ou l'existence de souvenirs inconscients étant écartées, de même que la suggestion involontaire de la part de l'observateur — c'est qu'il se passe pour les viscères ce qui, dans les mêmes conditions, se passe pour les membres : à mesure que le centre d'un membre anesthésié se réveille, le sujet reprend conscience de ce membre. Il en est de même pour un viscère. Seulement, dans ce dernier cas, les impressions cénesthésiques ressenties par le sujet prennent une intensité et une netteté particulières en raison de leur isolement au milieu des autres organes, et du fait de l'absence des sensations visuelles.

Au point de vue psychologique ces faits ont une certaine importance. La suggestion, par exemple, s'explique d'une façon nouvelle. On ordonne à un sujet de vomir et il vomit : cela tient à ce que dans l'état de sommeil hypnotique, et son estomac étant anesthésié, il a pu se le représenter et agir sur lui pour provoquer les mouvements nécessaires au vomissement. Il est remarquable, en effet, que les fonctions qui échappent normalement à la conscience et à la volonté peuvent y devenir soumises lorsque le sujet est dans un état de subconscience ou d'inconscience, lorsque les organes de ces fonctions sont anesthésiés et leur centre cérébral inhibé.

Au point de vue de la conscience on est amené à la considérer comme liée uniquement, non pas au maximum de l'énergie cérébrale normale, mais au maximum de l'énergie cérébrale disponible dans un moment donné. Elle n'est pas au sommet de la hiérarchie des manifestations cérébrales; elle accompagne chaque degré de cette hiérarchie jusqu'aux plus inférieurs. Elle ne se montre que s'il y a modification dans l'état de l'activité

cérébrale, et elle correspond toujours à un dégagement de cette énergie, à une remise en activité de l'écorce cérébrale. Aussi accompagne-t-elle le retour de cette activité jusque dans ses degrés les plus inférieurs, et disparaît-elle dans un ordre absolument parallèle à celui des fonctions : les plus délicates, les plus spécifiques de chaque organe disparaissent les premières, et celles d'ordre plus général les dernières.

Les Troubles de la Mémoire. 1 vol. in-12 de la *Bibliothèque médicale Charcot-Debove*, 262 p., Rueff, édit., 1892. 2e édition, 1901.

L'ouvrage est divisé en deux parties : l'amnésie et les amnésies. La première partie comprend : généralités sur la question, mécanisme de l'amnésie, mécanisme des amnésies, classification des amnésiés. La deuxième partie comprend : amnésies progressives ou dysmnésies, amnésies à début brusque, l'amnésie dans diverses maladies nerveuses et mentales.

Hypermnésie avec Paresthésie (en collaboration avec Fr. Boissier). *Société de Psychologie. — Journal de Psychologie*, 1906, p. 457.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation c'est la rareté de l'hypermnésie.

HYSTÉRIE

Attaques d'Hystéro-épilepsie supprimées par Suggestion hypnotique. *Progrès médical,* 15 octobre 1887.

Anorexie hystérique; formes pathogéniques; traitement moral. *Revue de Médecine,* août 1891.

L'anorexie hystérique, que nous désignions par le terme de sitieirgie — refus systématique d'alimentation — présente deux formes : primitive et secondaire, distinction admise depuis par M. Bouveret. L'anorexie primitive se développe par idée fixe; c'est de l'hystérie monosymptomatique. L'anorexie secondaire survient au même titre que n'importe quelle autre manifestation chez des hystériques à symptômes multiples.

Le traitement est le même dans les deux cas. Il a pour base l'isolement, comme l'avait montré Charcot. Mais nous nous sommes efforcés de préciser dans les plus petits détails — lesquels ont leur importance — de quelle manière il fallait ensuite procéder à l'alimentation et à la rééducation alimentaire des malades.

Un cas de Mutisme hystérique, avec Agraphie et Paralysie faciale systématisée (en collaboration avec le Prof. G. Ballet). *Revue de Médecine,* 1893.

Les conclusions de ce travail, basé sur une observation suivie jusqu'à la guérison de la malade étaient :

1° L'agraphie peut se montrer d'une façon très nette et persistante au cours du mutisme hystérique. Elle paraît tenir, non pas comme dans le cas d'une lésion organique, à la perte des images verbales, graphiques ou visuelles, mais simplement au défaut de la synthèse psychique de ces images qu'exige l'écriture courante.

2° Non seulement la paralysie faciale d'origine hystérique est indéniable, mais cette paralysie peut être systématisée pour certains mouvements spéciaux, tels que ceux nécessaires à l'articulation de la parole.

Faits nouveaux relatifs à la Nature de l'Hystérie. *Congrès international de Médecine.* Rome, 1894, et *Il Policlinico*, octobre 1894.

Premières expériences démontrant que les grands hystériques ne sont que des vigilambules qu'il suffit de réveiller pour voir disparaître leurs manifestations morbides et reparaître les états antérieurs de leur personnalité jusqu'au début de leur maladie (régression de la personnalité).

Ueber Natur und Entstehung der Hysterie. *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, März 1898. Exposé de notre théorie de l'hystérie.

Contracture volontaire chez un Hystérique (en collaboration avec M. Malapert). *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1888.

Cette contracture volontaire pouvait persister très longtemps. Elle pouvait affecter soit les bras, soit le thorax. Aux mains elle présentait la griffe qui se produit dans la paralysie des lombricaux et des interosseux. La contracture des intercostaux, des muscles abdominaux et du diaphragme pouvait se main-

tenir pendant cinq à dix minutes sans gêner la parole, le rire, le sifflement, et sans que le tracé pneumographique marquât autre chose que des oscillations presque imperceptibles.

Troubles trophiques des Dents d'origine hystérique.
Congrès français de Médecine, Nancy, 1896, p. 366.

Altération grave, commençant par une perte de substance de l'émail sous forme de petites érosions d'aspect jaunâtre, circulaires ou ovales, mettant la dentine à nu. Début ordinaire par les incisives latérales; puis envahissement des petites molaires, des incisives antérieures et des grosses molaires. La dénudation se fait surtout vers le bord tranchant; le collet est peu atteint, et les racines paraissent rester indemnes. Mais rapidement les dents se cassent, se réduisent à l'état de chicots, sans carie, mais par une véritable résorption qui les rend très friables en même temps. Pas de lésions des gencives ni de l'alvéole. Pas de tendance à l'expulsion spontanée. Mais il est nécessaire, à un moment donné, de pratiquer l'extraction à cause de la périostite douloureuse.

Dans les cas observés il s'agissait de grandes hystériques anorexiques et vomisseuses.

Perte de la Vision mentale chez les Hystériques.
Annales médico-psychologiques, novembre 1903, p. 412.

Les troubles de la représentation mentale sont constants chez les hystériques, et, en particulier, la perte de la vision mentale, de la représentation visuelle. Observation d'un jeune hystérique qui perdit à deux reprises, au cours de sa maladie, la vision mentale, après quoi il eut une amnésie continue, généralisée. Celle-ci étant disparue, la vision mentale demeura encore absente et ne reparut que lorsque le champ visuel fut redevenu normal.

Chorée saltatoire chronique datant de vingt-cinq ans, guérie en cinq mois par la méthode du réveil de la sensibilité. *Congrès des Aliénistes et Neurologistes*, Angers, 1898.

Vieille fille de quarante-trois ans. Troubles spasmodiques multiples depuis l'âge de dix-huit ans. Sauts, contorsions des membres, grimaces de la face, spasmes laryngés, cris, aboiements, secousses de tête, chorée saltatoire, etc., qui avaient fini par l'amener à se confiner dans un placard pour limiter ses mouvements et étouffer ses cris. État absolument continu sauf quelques accalmies très incomplètes. On avait tout essayé sans succès au point de vue thérapeutique. Par l'isolement, l'hydrothérapie et surtout une gymnastique spéciale, les crises cessèrent au bout d'un mois. Puis la malade ayant recouvré sa sensibilité interne, qui était très altérée, il se produisit une régression de la personnalité jusqu'à l'âge du début de la maladie. En cinq mois la malade fut en état de reprendre la vie normale.

Sur un cas d'Hystérie mâle atypique, avec Troubles particuliers de la Sensibilité (en collaboration avec P. Blocq). *Progrès médical*, 30 avril 1892.

Une Famille d'Hystériques (jeunes garçons et jeunes filles) (avec Bourneville.) *Comptes rendus du Service des Idiots de Bicêtre*, 1890, p. 149.

Trois nouvelles Observations d'Hystéro-épilepsie chez les jeunes garçons (avec Bourneville). *Archives de Neurologie*, 1889, II, 410; 1890, I, 98.

Deux nouvelles Observations d'Hystérie mâle (avec Bourneville). *Archives de Neurologie*, 1891, II, p. 362.

Tremblements hystériques de Formes variées et combinés avec la Contracture chez le même sujet. *Bulletin de la Société clinique de Paris*, 1891, p. 127.

Hystérie infantile à Forme convulsive. *Bulletin de la Société clinique de Paris*, 1890, p. 241.

Hémichorée de Sydenham chez une adulte. *Bulletin de la Société clinique de Paris*, 1890, p. 245.

Polydipsie et Polyurie hystérique (17 litres) durant depuis onze ans. Guérison. *Bull. de la Soc. de l'Internat*, 26 mai 1904.

La guérison fut obtenue par l'isolement et la mécanothérapie.

Ischurie et Anurie hystériques, avec vomissements urineux, ayant duré deux ans, et guéris par le réveil des centres cérébraux. *Congrès international de Médecine*, Lisbonne, 1906, p. 517.

Fausse Phtisie hystérique; Signes stéthoscopiques et radioscopiques. Guérison par le réveil de la sensibilité dans l'hypnose et les exercices de gymnastique respiratoire. Phénomènes d'auto-représentation organique (en collaboration avec M. L. Rénon). *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 14 novembre 1901, et *Bulletin médical*, 9 novembre 1901.

Les cas de pseudo-phtisie pulmonaire, de nature hystérique, ne sont point exceptionnels dans la littérature médicale, et il

nous suffira de citer ceux de Petit, Debove, Huchard, Voisin, Tostivint, Laurent, etc., pour faire comprendre que ce n'est point sur la rareté seule du fait que nous voulions attirer l'attention. Le nouvel exemple rapporté ici tire tout son intérêt des circonstances particulières qui l'ont vu naître, de la difficulté extrême du diagnostic masqué par des signes stéthoscopiques, radioscopiques et généraux de la plus haute valeur, des phénomènes d'auto-représentation organique qui l'accompagnaient, enfin de la thérapeutique rationnelle et systématique qui a amené la guérison complète.

Cette observation a été suivie pendant deux années entières.

Tout s'y trouvait réuni au début pour égarer le diagnostic : l'amaigrissement, la toux, la présence de frottements pleuraux, la révélation, par la radioscopie, d'un état de condensation du poumon, les accès de fièvre, la tachycardie enfin, dont la valeur significative est si grande en pareil cas. Quand les phénomènes se sont accusés davantage, le doute n'a plus été possible, et l'hystérie s'est imposée — rendant parfaitement compte de tous les faits.

Chez les anorexiques hystériques graves, il existe presque toujours une diminution de l'amplitude respiratoire, surtout marquée du côté le plus anesthésique. Celle-ci peut s'accompagner de signes d'auscultation simulant ceux de la tuberculose pulmonaire, et qui ne sont point suffisants pour assurer le diagnostic. Il semble qu'il s'agisse là d'un état atélectasique d'un des sommets des poumons dû à l'insuffisance d'expansion des mouvements respiratoires; la radioscopie, en indiquant une modification de la transparence thoracique, rend compte de cet état, mais, si l'on interprète ses résultats dans le sens d'une tuberculose, comme chez notre malade, on est exposé à se tromper.

L'existence d'anesthésie avec ou sans point douloureux à la pression, avec ou sans correspondance de la douleur avec la

tempe du même côté, également anesthésique, permet seule de faire le diagnostic. Cet état s'accompagne de phénomènes subjectifs qu'il faut rechercher, les malades n'y prenant pas garde ou ne voulant pas les avouer, comme il arrive si souvent dans l'hystérie; tels, par exemple, les faits d'auto-représentation des organes (autoscopie).

La restauration de la sensibilité respiratoire par des exercices appropriés, soit à l'état de veille, soit dans l'hypnose si les troubles sont très anciens et très profonds et si l'anesthésie est très accentuée, jointe au relèvement de la nutrition générale par une alimentation normale, et combinée avec l'isolement, tel est le traitement le plus efficace de cette fausse phtisie. C'est, en somme, le traitement général de la grande hystérie. En outre, grâce aux exercices spéciaux que les malades apprennent à faire pour recouvrer eux-mêmes leur sensibilité, si celle-ci subissait, sous une influence quelconque, une diminution, cette méthode leur permet d'éviter les rechutes et de maintenir ainsi leur état normal et les bénéfices de leur guérison.

Un Signe particulier de la Cardialgie hystérique. *Bulletin de la Société de l'Internat*, 1906, p. 49.

Trois cas de pseudo-angine de poitrine hystérique, dans lesquels on pouvait provoquer la crise avec douleur dans la sphère du cubital en tirant sur les deux derniers doigts de la main gauche, et où cette manœuvre déterminait en même temps un point douloureux au vertex, lequel correspond au point indiqué par nous comme centre cortical du cœur. On en ramenait ainsi la perception cénesthésique et ce réveil fonctionnel, se propageant aux autres régions du cerveau atteintes par le trouble hystérique était le point de départ du réveil cérébral général, c'est-à-dire de la guérison de l'hystérie elle-même.

Genèse et Nature de l'Hystérie. 2 vol. gr. in-8° de 526 p. et 333 p., Paris, F. Alcan, 1892.

L'ouvrage est divisé en deux parties. La première (t. I) comprend l'exposé des faits et des doctrines; la seconde (t. II) ne renferme que les documents justificatifs des idées émises dans la première partie, à savoir, les observations des malades rédigées avec les plus grands détails et au jour le jour.

La première partie est, elle-même, divisée en six chapitres. Dans le premier, *Généralités*, je me borne à indiquer la façon dont j'ai été amené à faire ces recherches, la genèse même de ma conception de l'hystérie et, dans leur ensemble, les phénomènes que je fus à même de constater immédiatement. Dans le second chapitre, *Réactions liées au réveil de la Sensibilité*, j'analyse ces phénomènes de la façon la plus précise possible. Dans les trois chapitres suivants, allant du composé au simple, toujours par voie d'analyse, je cherche à interpréter, à la lumière des faits précédemment démontrés, les *accidents hystériques somatiques* (ch. III), les *accidents mentaux* (ch. IV) et les *stigmates* (ch. V). Procédant alors par synthèse, je groupe tous ces faits pour m'élever à la *conception générale de l'hystérie* dans le sixième et dernier chapitre.

Le fait capital est que le trouble fondamental de l'hystérie est une sorte de sommeil, d'engourdissement, d'inhibition du cerveau. Déjà l'aspect des malades, leur état de somnolence, de rêverie qui aboutit si souvent à des attaques de sommeil, leur somnambulisme si fréquent, leur aveu qu'elles ne savent en plein jour si elles dorment ou sont éveillées, qu'elles se sentent engourdies, leur changement d'aspect, d'activité, quand on les secoue de leur torpeur, leur anesthésie enfin qui n'est que le signe objectif de l'inactivité de leur cerveau, en pourraient être des témoignages. Mais ce sont là des présomptions insuffisantes. Il faut une démonstration plus nette et qui, pour être

véritablement scientifique, soit reproduisible à volonté. Voici celle que j'imaginai. J'avais été frappé de l'insomnie complète des grandes hystériques à manifestations multiples et surtout viscérales. On ne résiste pas plusieurs mois de suite à l'insomnie. Je pensai donc que si elles ne dormaient pas du sommeil naturel, c'est qu'elles étaient plongées dans un état d'engourdissement, de sommeil pathologique. Pour m'en assurer j'avais deux moyens : les réveiller par une forte excitation comme si elles étaient réellement endormies; ou les endormir plus profondément par hypnose et les interroger.

Charcot avait déjà montré que certaines hystériques qui paraissent éveillées dorment en réalité et sont plongées dans un état de vigilambulisme. Et, pour le prouver, il en prenait une qui avait de l'amnésie portant sur toute sa vie, sauf sur les cinq dernières années, et qui était totalement anesthésique. En lui enjoignant énergiquement et à plusieurs reprises de *se réveiller*, quoiqu'elle prétendît ne pas dormir, elle ébauchait une attaque, et, tout étant rapidement rentré dans l'ordre, elle se trouvait reportée à cinq ans en arrière, recouvrait tous les souvenirs de son existence passée, sauf les cinq dernières années, se croyait à trente-deux ans au lieu de trente-sept, et, au lieu d'être totalement anesthésique comme tout à l'heure, n'était plus qu'hémianesthésique, entre autres particularités nombreuses de la modification de son état.

Quoiqu'il se servît de cet exemple de réveil pour démontrer que certaines hystériques sont endormies, vigilambules, ce n'est pas à ce point de vue qu'il présentait ce sujet. Il voulait montrer qu'il s'agissait là de dédoublement de la personnalité et que ces modifications de la personnalité étaient comparables au délire de la grande attaque. Et il ne voyait dans cet état de vigilambulisme qu'une sorte d'attaque d'hystérie transformée, un équivalent de la phase délirante de la grande attaque.

Les conclusions de son enseignement étaient si éloignées de

la conception que j'ai proposée de l'hystérie, que ce passage m'échappa, et échappa d'ailleurs à ceux qui présentèrent des objections à ma théorie. Cette expérience si démonstrative de Charcot corroborait par avance les miennes propres. Il suffisait de la généraliser, de la poursuivre comme je l'ai fait, pour voir se dérouler tous les phénomènes que j'ai signalés depuis.

Non seulement je procédai par une excitation brusque, impérieuse, à des réveils d'emblée, à la suite desquels les sujets se trouvèrent ramenés à plusieurs années en arrière, mais je poussai plus loin, et par des excitations successives je produisis des réveils de plus en plus complets, amenant des retours en arrière de la personnalité de plus en plus marqués, et s'accompagnant de toutes les manifestations somatiques ou psychiques que les sujets avaient présentées aux diverses phases de leur existence où ils se trouvaient ramenés, manifestations que j'ignorais moi-même, tout autant que le moment auquel allait se produire le réveil que je provoquais.

J'appris, en interrogeant les malades en état d'hypnose, sur la cause de leur insomnie nocturne, qu'ils ne dormaient pas, ou *parce qu'ils dormaient tout le temps*, ou parce qu'*on ne peut pas dormir deux fois* ; d'autres me répondaient qu'ils *ne savaient jamais s'ils dormaient ou s'ils étaient éveillés*, qu'ils se sentaient *toujours engourdis*, ou qu'ils étaient endormis depuis telle époque. Il suffisait alors de les réveiller énergiquement pour amener le retour en arrière de leur personnalité physique et morale. C'est ce que j'ai appelé la *régression de la personnalité*, dont les conséquences, au point de vue du mécanisme de la pensée, de la mémoire, et de la constitution du moi, sont si intéressantes et si importantes.

En provoquant de plus en plus le réveil, on arrive à un moment où la régression de la personnalité ne se produit plus et où le sujet ne présente plus aucun stigmate ni accident hystérique. Cela correspond à l'époque où le sujet était normal et

a commencé à s'engourdir, à tomber dans le vigilambulisme et dans l'hystérie. Et l'on saisit alors facilement quel a été l'incident, une émotion le plus souvent ou une maladie intercurrente, qui a amené l'état hystérique, que d'autres incidents n'ont fait qu'accentuer ensuite. Ces incidents apparaissent à leur tour au fur et à mesure que la personnalité se reforme sous l'influence du réveil progressif. Après la régression vient, en effet, la progression de la personnalité dans l'ordre même de la vie du sujet, et cela ramène tous les événements que l'on a vu se dérouler dans l'ordre inverse pendant la régression. On constate alors à quelles causes sont dues les aggravations, ou les recrudescences de la maladie, et comment les idées fixes se sont substituées les unes aux autres, liées qu'elles étaient à des états cérébraux nouveaux provoqués par ces causes. On a ainsi l'explication de la disparition de certains troubles soi-disant sous l'influence de la disparition de certaines idées fixes. En réalité, ces idées disparaissent parce que l'état cérébral qui amenait ces troubles les entretenait en même temps : il n'y a pas de rapport de cause à effet entre l'idée fixe et le trouble hystérique, il n'y a qu'un rapport de concomitance par suite d'une cause unique; ce sont les deux faces d'un même processus psycho-physiologique.

Enfin, quand le réveil est complet, le sujet ne présente plus aucun stigmate hystérique, et se trouve en même temps complètement transformé au point de vue moral. Il en est quelquefois stupéfait, car il passe presque brusquement de la personnalité qu'il avait au moment où il est entré dans le vigilambulisme hystérique à celle qu'il aurait actuellement si sa vie s'était déroulée normalement. La transformation progressive de l'une à l'autre, qui s'est faite inconsciemment, lui apparaît tout à coup consciemment. On a vraiment alors le sentiment de se trouver en présence d'un autre état, d'un autre individu. Il a lui-même l'impression de sortir d'un rêve, d'un cauchemar plutôt, et est rempli d'une joie de vivre intense.

Or, à ce moment, on constate un phénomène qui vient corroborer la théorie que je donnais plus haut de l'insomnie des hystériques, à savoir qu'elle était due à ce qu'ils étaient plongés dans un sommeil pathologique : c'est le retour du sommeil normal. Dès que le sommeil pathologique disparaît, le sommeil normal reparaît, car c'est une fonction normale du cerveau en activité normale.

Le réveil cérébral s'accompagne de réactions motrices, sensitives, sensorielles, viscérales, vaso-motrices et psychiques. Et l'on peut alors constater que toutes ces réactions ne diffèrent que par leur intensité et leur durée de celles qu'on observe à l'état normal quand on a un arrêt de fonctionnement dans un domaine périphérique quelconque. Seulement ici c'est le cerveau lui-même qui est frappé d'arrêt de fonctionnement, et l'on conçoit que le réveil de ce fonctionnement doit s'accompagner de sensations et de réactions psychiques un peu particulières. On comprend également qu'un organe qui est engourdi depuis des années, doit présenter, quand il recouvre ses fonctions, des réactions singulièrement longues et intenses. Je ne saurais insister ici sur ces réactions qui se présentent dans un ordre parfaitement précis et déterminé. Je les ai décrites dans leurs moindres détails; j'ai montré leur hiérarchie, leur ordre de succession, leurs degrés pour tous les organes, depuis le muscle jusqu'au cerveau, en passant par les organes des sens et les viscères. J'ai pu ainsi établir des échelles de sensibilité qui permettent, étant donné une sensation, un trouble sensitif quelconque, de savoir à quel degré est atteint le centre de l'organe intéressé, ou, étant donné un état somatique déterminé, de prévoir quelles sont les sensations éprouvées par le sujet.

Cette étude permet de comprendre à quoi tiennent les variétés si nombreuses des manifestations hystériques. Elles tiennent à deux causes : 1° au degré de l'engourdissement, de l'inhibition cérébrale, et 2° à l'étendue, au nombre des centres atteints.

On constate en outre que ces réactions ne sont autres que celles qu'on observe dans les attaques, et qu'ainsi les attaques ne sont que la tendance des centres cérébraux à reprendre leur activité. Quand elles se déroulent complètement, elles amènent le réveil, et on s'explique alors comment on voit souvent à leur suite reparaître, s'il est partiel, des états anciens du sujet, s'il est complet, la guérison de tous les accidents.

Il y a encore un autre facteur à considérer dans la forme des manifestations hystériques, ce sont les variations de l'état d'engourdissement des centres cérébraux atteints. Ceux-ci peuvent bien dans certains cas — comme dans ces paralysies ou contractures qui durent des années — persister d'une façon fixe. Le plus souvent il y a dans l'inhibition des augmentations ou des diminutions sous des causes diverses. Ces variations s'accompagnent de changement dans la forme et l'intensité des troubles hystériques, et les réactions du réveil nous font apparaître nettement le rapport existant entre ces variations parallèles des troubles hystériques et de l'engourdissement cérébral. Nous avons ainsi, dans les expériences de réveil, non seulement une confirmation de la théorie que je propose de l'hystérie, mais encore une méthode expérimentale permettant de rapporter chaque phénomène à tel ou tel degré du sommeil cérébral, et aussi une méthode thérapeutique, pathogénique et rationnelle, puisque le réveil complet amène la guérison complète de l'hystérie.

La définition suivante, que j'ai proposée de l'hystérie, paraît donc répondre aux différents point de vue auxquels on peut se placer dans son étude :

L'hystérie est un trouble physique fonctionnel du cerveau, consistant dans un engourdissement ou un sommeil localisé ou généralisé, passager ou permanent, des centres cérébraux, et se traduisant, par conséquent, suivant les centres atteints, par des manifestations vaso-motrices ou trophiques, viscérales, senso-

rielles et sensitives, motrices et enfin psychiques, et, suivant ses variations, son degré et sa durée, par des crises transitoires, des stigmates permanents ou des accidents paroxystiques. Les hystériques confirmés ne sont que des vigilambules dont l'état de sommeil est plus ou moins profond, plus ou moins étendu.

Pour qu'il y ait vigilambulisme, il faut que toute la corticalité soit prise, ce qui n'est le cas que des grandes hystériques à manifestations multiples et généralisées; dans les cas plus légers il n'y a pas de vigilambulisme, il n'y a que des états d'inhibition, de sommeil, partiels, atteignant seulement certaines parties de l'écorce cérébrale.

Je n'ai rien à changer à la définition ci-dessus que j'ai donnée il y a dix ans et que les faits que j'ai observés depuis lors ou qui ont été observés par d'autres auteurs ayant appliqué mes méthodes et refait mes expériences ont confirmée. Je devrais cependant y ajouter quelque chose, c'est que tous les centres cérébraux étant doués d'irritabilité, toute diminution de cette irritabilité amène une modification de la sensibilité *objective* et *subjective*, et que, quelles que soient les fonctions atteintes, la sensibilité de la région où s'exerce cette fonction est fatalement et immédiatement modifiée. Les troubles de la sensibilité tant objective que subjective sont donc constants et leur absence dans un trouble d'une fonction quelconque suffit à écarter l'idée de toute origine hystérique. L'anesthésie à tous les degrés est le véritable *sigillum hysteriæ*, car elle traduit exactement l'étendue et l'intensité de l'inhibition cérébrale.

Prenons, en effet, un centre cérébral quelconque et supposons le frappé d'un état d'inactivité présentant toute une gamme d'intensité, sujet à des augmentations et à des diminutions sous diverses causes, ou à une fixité de durée indéterminée. Que va-t-il se passer dans la sphère somatique placée sous la dépendance de ce centre? Tout d'abord la fonction organique en rapport avec ce centre va se trouver diminuée, et,

suivant le rôle du centre cérébral intéressé, nous observerons des troubles de sensibilité, de motricité, ou des troubles sensoriels, cénesthésiques et vaso-moteurs. Par suite de la répartition des centres intéressés, par suite de leur nombre plus ou moins grand, nous allons avoir une variété infinie de combinaisons de troubles hystériques, d'où l'apparence de fantaisie, d'irrégularité de l'hystérie. Mais si l'hystérie présente, en effet, des aspects multiples, des variétés en nombre indéterminé, chaque trouble individuellement manifeste au contraire un déterminisme remarquable.

Ce n'est pas tout encore. Non seulement l'hystérie revêt des aspects multiples, mais encore chaque trouble pris en particulier présente des degrés divers qui ont l'air de compliquer les choses. A chaque degré d'engourdissement d'un centre donné correspond, en effet, objectivement et subjectivement une manifestation spéciale. D'où la nécessité de considérer encore, pour cette raison, chaque centre fonctionnel individuellement dans l'appréciation de l'état hystérique général qui n'est que la sommation, en quelque sorte, ou la synthèse de tous ces troubles localisés.

Enfin le centre atteint l'est tantôt d'une façon permanente, et alors tous les troubles objectifs et subjectifs qui en résultent, dans le domaine somatique comme dans le domaine psychique, sont permanents, et c'est à ces troubles permanents qu'on donne le nom de stigmates; il l'est tantôt d'une façon passagère, et s'accompagne alors de réactions transitoires, paroxystiques, dont il faut distinguer d'ailleurs celles qui tiennent à l'envahissement du centre par l'engourdissement, l'inhibition, et celles qui sont dues au retour de son fonctionnement normal. Ce sont ces dernières qu'on obtient quand on procède au réveil dans un but thérapeutique. Au cours de l'hystérie on comprend que l'on puisse voir certains centres présenter un état permanent et certains autres présenter des variations pouvant aller jusqu'au

retour normal de la fonction sous des influences diverses, d'où les changements d'aspect du malade, et les accidents qu'il présente successivement et dont l'enchaînement paraît incohérent si on ne tient pas compte de cette notion fondamentale : que l'hystérie, dans son ensemble, n'est qu'une agglomération d'états hystériques locaux. Faute de cette notion, on est complètement déconcerté, en présence de ce protée, qu'on a cru insaisissable, de l'hystérie, tout simplement parce qu'on l'a considérée comme une maladie frappant le cerveau dans son ensemble, alors qu'en réalité chaque centre fonctionnel agit jusqu'à un certain point individuellement. Il faut tenir compte évidemment, à un moment donné, des interactions des centres entre eux, mais si cela complique le problème, cela ne change en rien la nature et le mécanisme fondamental des troubles.

On a trouvé que j'exagérais le déterminisme des centres cérébraux. Cependant de deux choses l'une : ou l'on admet les localisations cérébrales, et alors il est naturel d'admettre que, d'une part, les centres corticaux, qui constituent le point d'arrivée et de départ des fibres de projection, doivent entraîner des troubles de la périphérie s'ils sont modifiés dans leur activité, et que, d'autre part, les troubles constatés à la périphérie doivent être rapportés à des modifications des centres fonctionnels; ou on n'admet pas les localisations cérébrales, et alors je ne peux m'expliquer comment l'esprit peut agir sur la périphérie sans passer par les fibres qui la relient au cerveau, sans se soumettre en un mot aux voies physiologiques de la motricité et de la sensibilité. Ce qu'on pourrait me reprocher, c'est d'avoir paru donner une importance trop grande et une délimitation trop précise aux centres corticaux. Mais je me permettrai de faire remarquer que j'ai parlé de centres *fonctionnels*, et que depuis longtemps je soutiens que les centres cérébraux sont avant tout des centres *dynamiques*. Leur siège, leurs délimitations anatomiques, leur unicité même ou leur multiplicité pour

une seule fonction, n'ont aucune importance dans la question, qui se résume en ceci : les troubles fonctionnels observés dans l'hystérie sont-ils liés à une modification des centres corticaux tenant les différentes fonctions sous leur dépendance, ou en sont-ils indépendants, et dans ce dernier cas comment se fait le passage d'une représentation mentale, suggérée ou non, à un phénomène somatique? Il faut prendre garde, en effet, en laissant de côté toutes les notions physiologiques, aux conséquences que cela peut avoir, de même qu'en énonçant une théorie psychologique il faut penser à ce que les mots recouvrent, et se demander ce que représentent exactement les mots *image*, *représentation*, *suggestion*, *auto-suggestion*, *conscience*, *personnalité*, sur lesquels l'accord est encore bien moins fait que sur la définition de l'hystérie. Nous savons un peu mieux ce qu'est un centre cortical, ce que sont les fibres nerveuses qui le relient aux organes périphériques; nous savons un peu mieux quelles sont les réactions motrices et sensitives de l'activité ou de l'arrêt de l'activité nerveuse, dont nous ignorons exactement la nature, mais que nous pouvons du moins comparer à d'autres activités physiologiques et biologiques.

Je me suis demandé si certains troubles hystériques ne pouvaient pas résulter de l'inhibition, de l'engourdissement de la moelle ou des nerfs; mais je n'ai jamais rencontré aucun fait permettant de justifier cette hypothèse, et, pour ma part, les troubles hystériques sont exclusivement dus à des modifications de l'activité corticale.

Les phénomènes psychiques de l'hystérie sont, on le conçoit, avec cette manière de voir, éminemment variables, et suivant la part que la psychicité a dans la fonction du centre intéressé, et suivant le degré auquel ce centre est atteint. Il y a lieu d'ailleurs de considérer deux ordres distincts dans les troubles psychologiques hystériques : d'une part ceux qui tiennent à la diminution ou à la perte de la fonction de tels ou tels centres

psycho-moteurs, psycho-sensoriels, ou cénesthésiques (dont l'importance est si considérable dans la formation de la personnalité); et d'autre part ceux qui résultent de l'envahissement des centres psychiques eux-mêmes par l'engourdissement hystérique. C'est ce qui nous explique que certaines hystériques ne présentent que très peu de phénomènes psychologiques, alors que d'autres présentent de très gros troubles psychiques.

Si donc l'état hystérique consiste dans un trouble localisé d'un ou plusieurs centres du cerveau, et que la plus grande hystérie ne soit jamais que la généralisation d'états locaux, si, comme je le soutiens, ce trouble hystérique consiste dans un état d'engourdissement, d'inhibition, de sommeil — et il reste à déterminer quelle espèce de sommeil — on comprend qu'il n'y ait aucune différence de nature, malgré une différence considérable d'aspect, entre une manifestation hystérique localisée à une fonction quelconque, — si tant est qu'il y ait jamais une hystérie monosymptomatique — et un état de vigilambulisme complet avec toutes les manifestations les plus variées, les plus variables aussi, permanentes ou paroxystiques de l'hystérie. Dans un cas il y a un engourdissement localisé, dans l'autre il y a un engourdissement généralisé. Entre les deux il y a une foule de degrés, mais la nature fondamentale du trouble hystérique est toujours la même évidemment.

Je dis que l'état hystérique est une *sorte* de sommeil des centres fonctionnels du cerveau. Avant de voir en quoi peut consister ce sommeil et comment il peut se produire je dois dire quelques mots des procédés de réveil. Ils dépendent dans une certaine mesure de la cause du sommeil lui-même, mais leur but commun est le rétablissement des fonctions, et à ce dernier point de vue il y a une série de petits moyens sur lesquels je n'ai pas à insister ici et que j'ai indiqués ailleurs dans les plus grands détails (*L'Hystérie et son traitement*). Par exemple, un sujet épuisé, amaigri, comme le sont les ano-

rexiques, se réveillera sous l'influence de l'isolement, de l'alitement et de la suralimentation. Un autre, atteint par une émotion morale, avec une idée fixe concomitante de son état somatique fixe, pourra se réveiller sous l'influence de procédés psychiques, de représentations normales ramenées par une rééducation psychique (méthode psychothérapique proprement dite); ou, si les troubles somatiques concomitants sont accessibles, comme une contracture ou une paralysie, la rééducation fonctionnelle, en rétablissant le fonctionnement du centre psycho-moteur, amènera en même temps la disparition de l'idée fixe née au même titre que la contracture ou la paralysie. Si l'état est plus ancien, si l'hystérie est plus généralisée, ces procédés seront ordinairement insuffisants, et il faudra recourir à des méthodes générales : isolement, alimentation, et mécanothérapie générale (non plus seulement rééducation localisée). Enfin, si l'on a affaire à un cas de vigilambulisme, le réveil dans l'hypnose se trouvera indiqué conjointement à la mécanothérapie. C'est alors qu'on assistera à ces phénomènes si curieux de régression de la personnalité que j'ai étudiés en détail et qui permettent de mettre en évidence l'enchaînement de tous les troubles hystériques, somatiques et psychiques, depuis les phénomènes les plus élémentaires comme l'anesthésie cutanée, jusqu'aux plus complexes, comme le sentiment de la personnalité physique et du moi moral et intellectuel.

Notre théorie a, en effet, cet avantage de concilier les différentes méthodes thérapeutiques qu'on a vantées de façon trop exclusive, mais qui ont toutes leur raison d'être et leur application suivant les cas, en tenant compte soit de la cause de la maladie, soit de son évolution actuelle, soit de son étendue ou de sa profondeur.

Je prétends donc que le trouble primitif de l'hystérie est constitué par une *sorte de sommeil* des centres cérébraux,

d'engourdissement cérébral. Pour le dire je m'appuie sur ce fait, sur cette expérience de Charcot, reprise, répétée et complétée par moi, du réveil des hystériques vigilambules. Je ne sais comment appeler autrement que *sommeil* l'état où se trouve plongé un individu présentant une série de troubles somatiques et psychiques, lorsqu'en enjoignant à cet individu de *se réveiller* il sort de cet état et cesse de présenter ces troubles, — je ne sais pas comment appeler autrement que sommeil l'état dans lequel cet individu était plongé quand, après son réveil, il se trouve ramené à l'époque où il a commencé à y tomber. Il n'y a, en effet, là qu'une question de différence dans la durée de leur état, entre un dormeur ordinaire qui serait resté endormi pendant quarante-huit heures consécutives et qui, en se réveillant, se croirait non pas le surlendemain, mais le lendemain du jour où il s'est couché et endormi, et un hystérique qui serait tombé dans le vigilambulisme pendant plusieurs mois et en serait brusquement sorti dans une crise de nerfs.

La seule différence c'est que chez l'hystérique ce n'est pas par jours que se compte la durée du sommeil, mais par mois ou par années, comme en témoignent les nombreux cas de vigilambulisme que j'ai rapportés, avec des régressions de la personnalité à dix, vingt, trente ans et plus en arrière. Et j'ajoute que ces régressions ne se produisent pas seulement d'une façon totale chez les grandes vigilambules et sous l'influence du réveil dans l'hypnose ; elles se produisent partiellement aussi sous forme de rêves, de retours inopinés et spontanés de souvenirs, chez tous les grands hystériques à manifestations multiples, à la fois somatiques — surtout viscérales et cénesthésiques — et psychiques.

Et comme, en étudiant toutes les dégradations de cet état de vigilambulisme, toutes ses variétés, on constate que l'on passe par des transitions insensibles de ce trouble général aux troubles les plus limités et les plus localisés, que ceux-ci disparaissent par des excitations analogues aux excitations

générales employées pour le réveil des vigilambules, et que les réactions provoquées par ces excitations locales dans des cas de troubles localisés sont identiques à celles qui se produisent sous l'influence du réveil général chez des vigilambules, je me crois en droit d'affirmer que le trouble local est de même nature que le trouble général, et consiste essentiellement dans une sorte de sommeil des centres cérébraux.

Mais quel est ce sommeil? J'ai fait à ce sujet diverses hypothèses et je préfère avouer tout de suite que je n'en sais pas plus là-dessus que sur le sommeil hypnotique lui-même.

Les phénomènes de réveil cérébral permettent de mettre en évidence un grand nombre de faits nouveaux. Non seulement il y a concordance entre les réactions objectives et subjectives, mais on constate en outre qu'à chacun des degrés du retour de la sensibilité correspond un phénomène hystérique qui, à lui seul, constitue un des accidents connus.

Les réactions sensitives du cerveau montrent que la cénesthésie existe pour lui comme pour les autres organes, mais on ne la constate, comme pour eux, que lorsque le fonctionnement se fait mal ou ne se fait plus. L'existence de la cénesthésie cérébrale me paraît un fait d'une grande importance au double point de vue psychologique et physiologique.

Grâce à la douleur qui accompagne le retour de l'activité des centres cérébraux, tant au niveau de la région sous la dépendance de ces centres qu'au niveau du crâne correspondant au centre lui-même, on peut déterminer les centres encore inconnus, tels que les centres viscéraux.

On constate, en outre, au cours du retour de la sensibilité profonde que les sujets deviennent conscients de tout ce qui est ordinairement inconscient à l'état normal. Du fait que les sujets peuvent prendre conscience de leurs états inconscients à tous les degrés, ils peuvent par-là même agir volontairement sur les organes qui ordinairement échappent à l'action de

la volonté par suite de l'inconscience où nous sommes de leur fonctionnement. Et c'est ainsi que les muscles lisses peuvent se contracter volontairement aux différents degrés de l'inconscient. Cette remarque permet de comprendre comment on peut, par suggestion, faire exécuter à des sujets anesthésiques des actes que physiologiquement il semble impossible de réaliser à l'état normal.

Les réactions qu'on observe dans le réveil cérébral ne sont que des réveils incomplets. La grande attaque de Charcot représente en raccourci toutes les réactions et toutes les phases du réveil cérébral.

Les idées fixes ne représentent que le côté psychologique, au même titre que les accidents somatiques le côté physiologique, d'un état particulier des centres cérébraux, état d'arrêt survenu à la suite d'une cause quelconque et ayant persisté depuis, au lieu que le centre reprenne son activité normale et redevienne apte à de nouvelles impressions, de nouvelles représentations, de nouveaux actes. Il suffit de modifier *par des moyens mécaniques* la sensibilité pour que l'idée fixe disparaisse. L'anesthésie, au contraire, la ramène en se reproduisant.

Le somnambulisme, l'amnésie rétrograde, le dédoublement de la personnalité, les états seconds, ne sont pas des accidents hystériques, c'est l'hystérie elle-même; ce ne sont que des états de sommeil cérébral à des degrés différents, à des phases différentes.

En résumé, la théorie physiologique que j'ai proposée est la seule qui repose sur l'expérimentation en même temps que sur la clinique. Elle consiste essentiellement en ceci : l'hystérie est constituée par un état d'activité moindre — depuis la légère diminution jusqu'à l'inertie complète — des centres fonctionnels de l'écorce cérébrale. L'hystérie n'est donc que l'exagération de ce qui se produit constamment à l'état normal, avec cette différence seulement que l'inertie ou l'inhibition peuvent se généraliser à toute l'écorce et persister indéfiniment.

Qu'on appelle engourdissement, sommeil, inhibition, cet état de l'écorce, peu importe, l'essentiel est de le constater et cela pour deux raisons : la première c'est que cela permet de comprendre le double caractère physiologique et psychologique des troubles hystériques ; la seconde, c'est que cela nous fournit une thérapeutique pathogénique, laquelle sert en même temps de contrôle et de confirmation à la théorie physiologique.

Théorie physiologique de l'Hystérie (*Conférence faite à la Société belge de Neurologie*, 1903). — *Journal de Neurologie de Bruxelles*, 1904, n° 1.

Résumé de la théorie exposée dans *Genèse et Nature de l'Hystérie*.

Hystérie et Sommeil (Théorie physiologique de l'Hystérie). *Archives de Neurologie*, mai-juin 1907.

Avec les théories psychologiques de l'hystérie il n'y a pas moins de neuf manières d'expliquer un phénomène aussi grossier qu'une paralysie hystérique. La théorie physiologique, proposée par nous, permet au contraire de donner à tous les accidents hystériques — physiques ou mentaux — un substratum de nature unique. Première constatation.

Reprenant ensuite les objections faites à certains points de notre théorie et en particulier à la localisation corticale des troubles hystériques, nous disions ceci : quant à rapporter rigoureusement aux centres anatomiques du cerveau tels qu'on les délimite actuellement les troubles fonctionnels hystériques, nous abandonnons d'autant plus volontiers cette question secondaire que nous l'avons présentée avec beaucoup de réserve, d'une part, et que, d'autre part, toutes nos recherches de psychologie générale nous amènent à défendre de plus en plus une conception dynamique et non purement mécanique de

l'activité cérébrale, dans laquelle l'autonomie étroite des centres corticaux telle qu'on la conçoit encore disparaît en grande partie.

Définition et Nature de l'Hystérie. *Congrès des Aliénistes et Neurologistes*, Genève-Lausanne, 1907.

Ce qui cause la confusion dans la question de l'hystérie, c'est d'introduire dans son étude des conceptions philosophiques, morales et même métaphysiques, au lieu de rester sur le terrain anatomique et physiologique. Tout le monde s'accorde à admettre que pour faire des accidents hystériques il faut un *terrain spécial.* Ce terrain peut être constitutionnel ou acquis. Acquis, c'est l'ébranlement nerveux, de cause physique ou morale, c'est l'inaction ou encore les arrêts de fonctions qui le déterminent. C'est donc avant tout une question de résistance du système nerveux, qui permet à certaines réactions de se produire d'une façon peut-être plus intense chez l'hystérique, mais non essentiellement différente de ce qui se produit à l'état normal. Seulement il s'y ajoute quelque chose, et c'est ce quelque chose qui constitue l'*état hystérique* : c'est que l'état cérébral local ou général, à réaction psychique ou somatique, a tendance une fois produit à persister.

Cet état ainsi fixé amène, suivant le degré de l'activité cérébrale auquel il correspond, les différents symptômes de l'hystérie, selon les régions du cerveau atteintes. L'hystérie présente en effet des manifestations motrices, sensitives, sensorielles, vaso-motrices et psychiques, et ces dernières n'ont pas plus d'importance que les premières. Toutes sont au même titre fonction de l'activité cérébrale. J'ai considéré comme une sorte de sommeil, d'inhibition, d'engourdissement, peu importe le mot, cet état hystérique essentiellement caractérisé par de l'amoindrissement de l'activité cérébrale, en ajoutant que cet état a tendance à persister une fois produit, au lieu que le système nerveux revienne à son activité normale.

Pour le démontrer il suffit de réveiller cette activité cérébrale par des excitations psychiques, ou sensitives, ou motrices. On voit alors les symptômes hystériques disparaître et la personnalité normale se reconstituer.

L'hystérie n'est pas une entité morbide, disais-je en 1893. C'est un mode spécial de réagir du système nerveux et particulièrement de l'écorce cérébrale, qui a tendance à rester dans les états de moindre activité où elle se trouve amenée par diverses causes.

La Définition et la Nature de l'Hystérie. *Archives générales de Médecine*, oct. 1906.

Le soi-disant Démembrement de l'Hystérie (*Conférence faite à la Société belge de Neurologie*, mars 1909). *Journal de Neurologie de Bruxelles*, 1909.

La « Nouvelle Hystérie ». (Émotion. Suggestion. Imitation. Simulation). (*Conférence faite à la Société belge de Neurologie*). *Journal de Neurologie de Bruxelles*, 1909.

Dans ces différents articles nous avons combattu la théorie dite pithiatique de M. Babinski, et montré qu'elle reposait à la fois sur des négations et sur des suppositions, qu'elle laissait complètement de côté la plus grosse partie de la symptomatologie de l'hystérie, à savoir les phénomènes psychologiques, et que les stigmates hystériques, même supposés produits uniquement par la suggestion médicale, ce qui n'est pas, conservent néanmoins toute leur valeur diagnostique puisque ce n'est que chez les hystériques qu'ils peuvent se rencontrer.

L'Hystérie et son Traitement. 1 vol. in-12, 300 p., de la *Collection médicale*, F. Alcan, édit., Paris, 1901.

Traduit en russe, St-Pétersbourg, 1909.

Cet ouvrage est le complément, au point de vue pratique, des recherches cliniques et expérimentales sur la *Genèse et la nature de l'Hystérie* publiées en 1897. Il s'adresse spécialement aux praticiens. Le traitement de l'hystérie découle de la théorie même de cette névrose. Les phénomènes hystériques étant d'ordre essentiellement physiologique, leur traitement est du ressort du clinicien et non pas seulement du psychologue comme on tendait à l'admettre.

Nous avons cru devoir entrer dans les plus minutieux détails sur la conduite à tenir vis-à-vis des malades et de leur famille, sur la mise en œuvre des procédés à employer contre les divers accidents, procédés anciens et empiriques, mais reconnus bons, et procédés nouveaux et personnels, tels que la *mécanothérapie* et le *réveil cérébral*. Pour les premiers la pathogénie de l'hystérie telle que nous la concevons les explique et les justifie; pour les seconds, ils découlent de cette pathogénie.

Nous n'avons rien avancé, tant en ce qui concerne le traitement général applicable à tous les cas que le traitement spécial de chaque manifestation en particulier, qui ne repose sur des faits et sur notre expérience clinique et thérapeutique d'une quinzaine d'années.

Un des points les plus caractéristiques du traitement nouveau que nous proposons consiste dans l'emploi de la mécanothérapie comme stimulant de l'activité cérébrale. A elle seule, elle permet de ramener la sensibilité et par là-même de réveiller toutes les fonctions plus ou moins inhibées chez l'hystérique, y compris les fonctions psychiques. Elle diffère complètement de la rééducation et consiste essentiellement dans des mouvements de résistance active ou dans des mouvements passifs maximum. Cette méthode a l'avantage considérable que les malades, une fois guéris, peuvent se l'appliquer eux-mêmes s'ils se sentent repris, à la suite d'une émotion ou d'un incident quelconque, par l'engourdissement et l'anesthésie qui caractérisent l'hystérie.

GASTROPATHIES NERVEUSES

De l'influence de l'État de la Sensibilité de l'Estomac sur l'Évolution de la Digestion. *Congrès français de Médecine*, Lyon, 1894, p. 201 et *Rev. de Méd.*, janv. 1895.

Les conclusions de ce travail basé sur des considérations physiologiques, cliniques, expérimentales et chimiques étaient :

1° Les dyspepsies purement nerveuses s'accompagnent des modifications du chimisme stomacal.

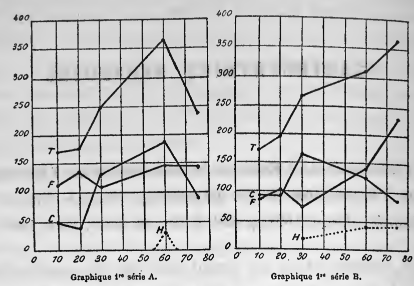
2° Ces modifications tiennent à des troubles de sécrétion et de motricité de l'estomac, dus eux-mêmes à une diminution ou à une abolition de la sensibilité de cet organe.

3° Le traitement de ces dyspepsies ne doit pas être basé sur les données du chimisme stomacal, mais sur la pathogénie des modifications de ce chimisme, après s'être assuré toutefois si des lésions organiques de l'estomac ne coïncident pas avec les troubles de sensibilité.

Des Rapports de la Sensibilité de l'Estomac et du Chimisme stomacal. (En collaboration avec E. Parmentier). *Congrès français de Médecine de Lyon*, 1894, p. 207, et *Arch. de Physiologie normale et pathol.*, n° 2, avril 1895.

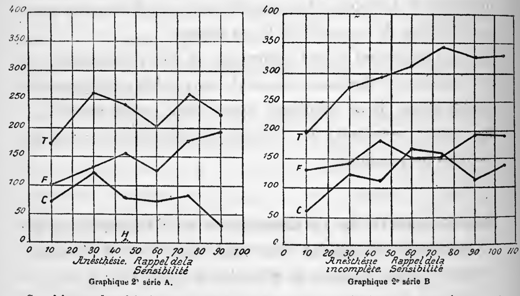
Expériences au moyen d'analyses du suc gastrique faites en série continue suivant la méthode de Winter, et pratiquées par lui-même. Les conclusions de notre travail étaient :

1° On peut intervenir sur la marche de la digestion en modifiant la sensibilité de l'estomac;



Graphiques du chimisme, après le repas d'épreuve, chez deux sujets normaux.

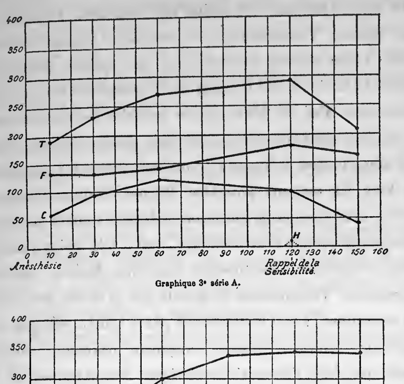
2° Cette intervention se traduit par une modification des phénomènes chimiques;



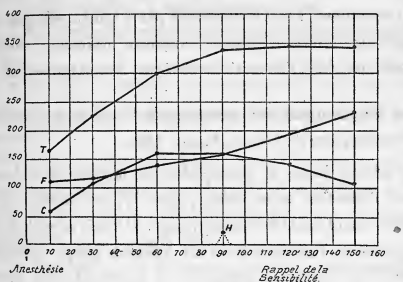
Graphiques du chimisme montrant l'arrêt de son évolution et sa reprise, sous l'influence de l'anesthésie et du retour de la sensibilité de l'estomac provoqués dans l'hypnose.

3° La suppression de la sensibilité a exercé quatre fois sur cinq séries d'expériences une action modératrice et retardante sur

l'évolution générale du chimisme. Dans un cas l'action s'est manifestée par une accélération de la digestion à son début seulement.



Graphique 3e série A.



Graphiques du chimisme, montrant la lenteur extrême de son évolution sous l'influence de l'anesthésie stomacale provoquée dans l'hypnose dès le commencement de l'ingestion du repas d'épreuve.

Anorexie mentale. *Congrès des Aliénistes et Neurologistes*, Bordeaux, 1895.

Dans ce travail nous nous sommes efforcés de montrer qu'il fallait distinguer de l'anorexie hystérique et de la dyspepsie nerveuse de Leube, avec lesquelles on la confondait jusqu'alors, une

forme spéciale, primitive, d'anorexie. L'étiologie en est banale. Peut-être y a-t-il une influence dégénérative initiale.

Le refus d'aliments est moins fort que dans l'hystérie mais plus tenace; l'inappétence est absolue, l'amaigrissement est rapide. L'état mental consiste dans une apathie aboulique, du dégoût de la vie et une horreur de la nourriture sous une forme quelconque. Pas de délire, ni de troubles neurasthéniques, ni de troubles sensitivo-sensoriels mais préoccupation constante de l'alimentation à laquelle le malade cherche à se soustraire par tous les moyens possibles. En outre automatisme ambulatoire, avec absence de sensation de fatigue malgré son développement quelquefois extraordinaire, tout à fait typique dans cette forme d'anorexie. Constipation opiniâtre. Marche continue et progressive. Terminaison fréquente par la mort, due surtout à la tuberculose, si on n'intervient pas à temps énergiquement. Pronostic sérieux et réservé. Guérison beaucoup moins fréquente que dans l'anorexie hystérique. Même traitement.

Des Psychopathies gastriques. *Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France*, Nancy, 1896.

C'est une forme de gastropathie sur laquelle on a beaucoup attiré l'attention depuis cette époque, et pour laquelle on a particulièrement vanté la psychothérapie. Il s'agit de malades ayant la phobie de l'alimentation à ses différents temps : mastication, déglutition, digestion stomacale ou intestinale. Le début est insidieux ou a lieu à une occasion quelconque.

L'appétit peut être conservé, mais présente toujours des irrégularités — anorexie alternant avec boulimie. Il y a souvent rumination et quelquefois même vomissement. Ces malades finissent par perdre l'habitude des mouvements de la mastication et de la déglutition. Ils essaient tous les régimes, prennent des précautions inimaginables pour préparer ou aider leur digestion, et finissent par se faire une existence à part où tout

pivote autour de l'alimentation. Peu à peu tout le champ de leur activité se rétrécit. Le sommeil est assez bien conservé. L'état général ne s'altère pas avant longtemps. Le pronostic est celui de toutes les phobies. L'isolement avec la surveillance de l'alimentation, faite d'*emblée d'une façon normale*, est le traitement par excellence et d'autant plus indispensable que l'entourage entretient et développe la psychopathie.

Les anorexies nerveuses. *Conférence faite à la Société belge de Neurologie. Journal de Neurologie de Bruxelles*, 1910, p. 201.

Dans ce travail nous revenons sur les psychopathies gastriques distinguées autrefois par nous des autres formes d'anorexie — particulièrement de la forme hystérique et de la forme mentale primitive, et des dyspepsies vraies.

On peut en distinguer *trois grandes catégories* avec les variétés ci-après :

1° Par *idée fixe* : obsession d'une maladie de l'estomac, désir de se rendre malade, de mourir, ennui de la vie, obsession de la maigreur;

2° Par *phobie* : peur d'engraisser, peur d'étouffer en avalant, peur de congestion pendant la digestion, peur de douleurs stomacales ou intestinales, peur d'indigestion, peur de ralentir l'activité physique ou intellectuelle.

3° Par *inhibition* : — de cause physique : irrégularités ou arrêts accidentels de la fonction digestive, insuffisance de l'alimentation (régimes réduits), arrêt d'évolution à l'adolescence; — de cause morale : émotions continues ou répétées, passions contenues.

Les deux premiers genres sont bien connus aujourd'hui. La troisième catégorie a moins fixé l'attention. Cette inhibition fonctionnelle de l'appareil digestif peut se montrer à la suite de deux ordres de causes : les unes morales et les autres physiques.

Enfin il y a lieu d'insister sur une dernière forme : l'*anorexie d'évolution* qui se montre à la puberté et peut durer plusieurs années, en s'accompagnant d'un arrêt général de l'évolution du sujet. Elle correspond à l'anorexie mentale que nous avons décrite autrefois.

Deux points sont à signaler d'une façon spéciale au point de vue de la thérapeutique des anorexies nerveuses : Ce sont d'abord les *douleurs gastriques* qui accompagnent toujours le retour de l'activité de l'estomac et ne doivent pas faire suspendre l'alimentation, au contraire, et ensuite le *danger des régimes spéciaux*, surtout *des régimes réduits*, qui ne font que favoriser les idées fixes et les phobies, ou développer l'inertie fonctionnelle.

AFFECTIONS NERVEUSES DIVERSES

Sur une affection singulière du Système nerveux caractérisée essentiellement par de l'Hypertrophie des extrémités des membres, des Phénomènes paralytiques et des Troubles variés de la Sensibilité. *Bull. de la Soc. clinique de Paris*, 1889, p. 93.

Il s'agit de l'affection décrite plus tard par le professeur Pierre Marie sous le nom d'*ostéo-artropathie hypertrophiante pneumique*. Homme de quarante-deux ans. Début de la maladie un an auparavant. Cette observation présentait, en dehors de sa nouveauté, plusieurs points intéressants. D'abord : l'hypertrophie exclusivement limitée aux mains et aux pieds, et portant principalement sur les os, mais semblant atteindre aussi dans une certaine mesure les parties molles qui les recouvraient. En second lieu : impotence fonctionnelle très marquée des quatre membres, et s'accompagnant d'un certain degré d'atrophie musculaire inégalement répartie sur les différents groupes de muscles des segments de membres non atteints par l'hypertrophie osseuse. Tremblement spécial dans les mouvements volontaires. Enfin : troubles de la sensibilité générale extrêmement variés et étendus, paraissant même avoir atteint la sphère sensorielle, si l'on en juge par quelques troubles visuels présentés par le malade. A ces troubles il faut ajouter des douleurs lancinantes, presque fulgurantes, surtout dans les membres inférieurs. Cyphose de la colonne vertébrale.

Pas de syphilis, ni d'alcoolisme, ni de saturnisme.

Pleurésie purulente un an avant le début de la maladie, et empyème non encore cicatrisé, donnant même lieu à une suppuration abondante.

Nous faisions le diagnostic de cette affection avec l'acromégalie, la maladie de Paget et la léontiasis de Virchow, et nous la considérions comme de nature indéterminée et non encore décrite. L'étude du professeur Pierre Marie devait bientôt le démontrer et lui donner sa place nosographique.

Note sur un cas de Tachycardie essentielle paroxystique terminé par la mort. *Bull. de la Société clinique de Paris*, oct. 1887, p. 135, et *Progrès Méd.*, 13 sept. 1890.

Cas de tachycardie essentielle paroxystique conforme à la description donnée trois mois plus tard par M. Bouveret de ce syndrome non encore décrit alors.

Ce cas n'était pas seulement intéressant au point de vue de sa rareté, M. Bouveret n'en ayant réuni alors que neuf en dehors de deux cas personnels, mais encore parce qu'il se termina par la mort et que les résultats de l'autopsie furent absolument négatifs en ce qui concerne les lésions du cœur.

Aphasie motrice par lésion de l'Insula de Reil. Anomalie du Foie. *Soc. anat.*, 24 fév. 1888.

Hémiplégie avec aphasie à la suite d'une attaque d'apoplexie. A l'autopsie pas de lésions de la 3e frontale, mais foyer de l'insula se prolongeant de façon à être bien vu par la coupe pédiculo-frontale.

Premier cas d'Autopsie d'athétose double datant de la première enfance. (En collaboration avec le Professeur Dejerine). *Société Anatomique*, juin 1888.

Aucune trace de lésion en foyer. Il y a seulement asymétrie des hémisphères, au profit du côté droit. Le cervelet et la protubérance sont également asymétriques. La substance grise est plus mince que sur les cerveaux normaux. Anomalies de la configuration des circonvolutions.

Hémiparalysie agitante symptomatique d'un Sarcome du Noyau lenticulaire. Artropathie coxo-fémorale tabétique. Épithélioma primitif de l'Ombilic. *Société anatomique*, juin 1888.

Hémichorée chez un Vieillard. Absence de Lésions à l'Autopsie. *Société anatomique*, mai 1888.

Nouvelles Recherches sur le Tabes périphérique. (En collaboration avec le professeur Dejerine). *Archives de Méd. expérimentale et d'Anatomie pathologique*, mars 1889.

Le cas en question constitue un exemple très net de névrite périphérique à symptômes tabétiques et peut être rangé dans le groupe de la névrite périphérique des nerfs sensitifs. Rapproché de ceux déjà publiés, il démontre une fois de plus l'existence d'un tabes d'origine périphérique, car au point de vue clinique il s'agit bien de tabes et non de pseudo-tabes. Ici, en effet, on ne peut faire intervenir, pour expliquer les troubles de la locomotion, l'existence d'aucun trouble paralytique quelconque. Jusqu'alors on avait étudié des cas où la névrite avait eu une marche subaiguë. Ici il s'agit d'une forme à évolution lente, chronique même.

Syndrome de Dejerine ou Claudication intermittente de la Moelle. *Congrès de Neurologie belge*, Bruxelles, 1906.

Ce syndrome doit être distingué de la claudication intermittente par artérite de Charcot. Dans le syndrome de Dejerine les battements des artères restent normaux et il existe du clonus du pied; dans beaucoup de cas il y a évolution vers la paralysie spasmodique. Dans presque tous les cas on a affaire à des syphilitiques et la lésion consiste dans une altération des artères de la moelle. Les troubles peuvent frapper les quatre membres et même le cerveau. Le traitement spécifique améliore les symptômes, mais la sclérose finit en général par évoluer.

La Claudication intermittente de la Moelle. *Presse Médicale*, 24 oct. 1906.

Observation venant à l'appui des idées du Professeur Grasset sur la claudication intermittente des centres nerveux et montrant qu'à côté de la claudication intermittente de la moelle antérieure, telle que l'a décrite le professeur Dejerine, il y a lieu de décrire également celle de la moelle postérieure.

Un cas de Psychose polynévritique. *Revue Neurologique*, août 1895.

Observation type de la psychose décrite par Korsakoff. Malade alcoolique. Début par des troubles psychiques, puis apparition brusque d'une polynévrite avec paralysie complète des membres, du tronc et de la nuque, et atrophie nette seulement aux mains. Disparition des troubles délirants d'abord, puis parallèlement de l'amnésie et des troubles névritiques, ce qui montre bien qu'il y a entre eux plus qu'une coïncidence, mais un rapport étroit dû vraisemblablement à une lésion unique affectant l'ensemble du système nerveux.

Névralgie ou Skélalgie paresthésique sur un Membre atteint de Paralysie infantile ancienne. *Travaux de Neurologie chirurgicale,* 1900, p. 60, et *Journal de neurologie de Bruxelles,* 1900, p. 21.

Homme de cinquante-trois ans. Paralysie infantile avec arrêt de développement du membre inférieur droit datant de la première enfance. Douleurs consistant en brûlures et élancements dans la partie externe de la jambe et du pied atrophiés, douleurs continuelles s'exacerbant le soir et la nuit. Pied tuméfié. Sciatique indolent à la pression. Toute la partie postéro-externe de la jambe et de la face dorsale du pied présentait de l'anesthésie à la piqûre. Subjectivement ces mêmes parties étaient engourdies. Localisation à part, c'étaient là des caractères fort analogues à ceux de la *méralgie paresthésique*, et il était facile de constater que c'était le territoire du cutané péronier et du musculo-cutané du sciatique poplité externe qui était intéressé.

Résection du sciatique poplité externe à la partie inférieure du creux poplité au-dessus de la tête du péroné, avant la bifurcation du nerf. Guérison.

Un Cas d'Oreillons compliqué d'une Méningite cérébro-spinale suraiguë à Pneumocoques (en collaboration avec M. Chartier). *Bulletin médical,* 26 août 1908.

Méningite cérébro-spinale à pneumocoques survenue le quatrième jour au cours d'une poussée d'oreillons discrète et prédominante d'un côté. Mort le huitième jour. On sait d'après les travaux de M. Simonin, du Val-de-Grâce, que si les complications pulmonaires des oreillons sont rares, elles ne sont pas exceptionnelles et que l'examen de ces manifestations a révélé d'une façon constante la présence du pneumocoque. Mais la méningite à pneumocoques n'a pas encore été signalée au

cours des oreillons. M. Simonin a montré que le pneumocoque semble avoir une réelle affinité pour l'oreillon et qu'il ne s'agit pas d'une simple coïncidence.

De fait, dans le cas présent, la brusquerie de l'invasion et la rapidité de l'évolution de la méningite vers une termination fatale, d'une part, et la bénignité des oreillons qui ont avorté avec l'éclosion de l'infection pneumococcique, d'autre part, confirment cette conclusion qui se dégageait des observations de pneumococcie à localisation broncho-pulmonaire, à savoir que, dans cette association morbide, la virulence du pneumocoque paraît être exaltée, tandis que l'intensité des oreillons se trouve être diminuée.

Maladie de Basedow avec Myxœdème. *Revue de Médecine*, 1891.

Deux observations de cette association non encore signalée de la maladie de Basedow avec le myxœdème. Nous nous rattachions à l'hypothèse suivante : La maladie de Basedow est première en date, mais, sous une influence indéterminée, la glande thyroïde, au lieu de l'hypertrophie qu'on rencontre ordinairement, a subi un processus atrophique qui a entraîné le myxœdème.

Un Cas de Syringomyélie cervico-bulbaire à début par un Hoquet persistant (en collaboration avec M. Chartier). *Encéphale*, sept. 1908.

Le hoquet est un phénomène rare au cours de la syringomyélie. On n'en connaît que trois cas. Celui-ci est donc le quatrième, et il présente ceci de particulier que le hoquet a été la première manifestation bulbaire, le seul phénomène médullaire l'ayant précédé, de quelques mois seulement, ayant été une hyperesthésie thermique légère, avec diverses dysesthésies à l'un des membres supérieurs. De plus ce hoquet est survenu brus-

quement et avec une constance et une régularité qu'on rencontre rarement dans les hoquets d'origine organique.

Diathèse congestive veineuse et Congestion veineuse généralisée (en collaboration avec Cuffer). *Revue de Médecine*, octobre 1889.

Deux cas de congestion veineuse généralisée paraissant constituer un syndrome clinique spécial.

Voici, résumés rapidement, les phénomènes qui constituent le syndrome clinique sur lequel nous avons cru devoir attirer l'attention, et qui n'est que la manifestation de la diathèse congestive veineuse.

1° *Troubles congestifs veineux.* — Organes superficiels; organes profonds.

A. Organes superficiels. — *a*, *peau* : érythème, purpura, éruption vésiculeuse. — *b*, *conjonctives* : injection, larmoiement. — *c*, *muqueuse buccale* : stomatite, gingivite expulsive et hémorragique. — *d*, *muqueuse nasale* : coryza, enchifrènement.

B. Organes profonds. — *a*, *foie*. — *b*, *rate* : hypertrophie. — *c*, *reins* : albuminurie. — *d*, *poumons* : congestion pulmonaire, crachats sanglants. — *e*, *estomac* : douleur, vomissements, hématémèses.

2° *Troubles nerveux.* — Vaso-moteurs; médullaires; céphaliques: *a*, *vaso-moteurs* : sueurs locales, refroidissement des extrémités, etc. — *b*, *médullaires* : exagération des réflexes, hyperesthésie, irritation spinale, etc. — *c*, *céphaliques* : céphalalgie, étourdissements, troubles de la vue, état mental particulier, etc.

Un Cas de Mort par Thrombose des Sinus dans la Chlorose. — *Bull. de la Soc. clinique de Paris*, 1890, p. 77.

Dans ce cas, comme dans la plupart de ceux publiés jusqu'alors, il a été impossible de déterminer les causes exactes de la thrombose.

MORPHINOMANIE. INTOXICATIONS

La Démorphinisation et le Traitement rationnel de la Morphinomanie. *Semaine Méd.*, 1er mars 1894.

Traitement de l'Intoxication chronique par l'Opium. Traité de thérapeutique appliquée de A. Robin, III, 1898.

Traitement de la Morphinomanie par la Méthode rapide (57 cas). *Académie de Médecine*, 18 Janvier 1896.

A propos de la Technique de la Démorphinisation. *Médecine Moderne*, 1909.

La méthode de démorphinisation rapide, qu'on peut appeler *physiologique*, car elle repose essentiellement sur le mécanisme physiologique de l'élimination toxique, de la désintoxication, diffère par là de celle d'Erlenmeyer, dite méthode rapide ou méthode allemande, où le seul principe était la durée relativement plus longue que celle de la suppression brusque et beaucoup plus courte que celle de la suppression lente.

La technique de la désintoxication est aujourd'hui très précise, et comprend 4 *périodes* : 1° diminution préparatoire; 2° sevrage; 3° période d'élimination aiguë; 4° période de convalescence.

La *période de préparation* dure de cinq à huit jours. Elle est employée, d'une part, à diminuer le toxique en usage, progressivement et suivant certaines indications fournies par les réac-

tions du sujet. (S'il s'agit d'un morphio-cocaïnomane, il faut d'emblée supprimer la cocaïne, ce qui ne présente aucun inconvénient; s'il s'agit d'un héroïnomane, il faut d'emblée remplacer l'héroïne par la morphine, à dose presque double.)

D'autre part, on en profite pour mettre l'organisme en état au point de vue de l'élimination des produits altérés par le toxique. Pour cela, on emploie d'abord et avant tout les *purgatifs*, non pas n'importe lesquels mais deux seulement : l'un est le *calomel*, l'autre est l'eau de *Sedlitz*.

Le malade doit être purgé tous les jours, et ce n'est que lorsque les évacuations alvines sont assurées d'une façon continue et abondante qu'on procède au sevrage. Sevrer un morphinomane ayant encore de la tendance à la constipation, c'est s'exposer à tous les accidents graves qu'on a décrits autrefois, et qui faisaient reculer devant la suppression rapide.

Aujourd'hui, par l'emploi de la méthode en question, ces accidents ne sont plus à craindre, et il ne se produit plus de syncopes au cours du sevrage, alors que c'était chose des plus fréquentes et même presque constante autrefois.

Les glandes de l'appareil digestif étant nettoyées et remises en état de fonctionnement, il faut agir de même pour toutes les autres glandes susceptibles d'emmagasiner le toxique : les glandes de la peau, les glandes salivaires. Les bains, les douches chaudes, les bains de lumière sont utiles pour les premières; la pilocarpine, le jour ou la veille du sevrage, permet de nettoyer les secondes. Enfin, il est nécessaire d'assurer le fonctionnement régulier des reins et leur lavage complet.

La *seconde période* est celle du sevrage. Tous les canaux excréteurs des glandes étant libres, l'hypersécrétion qui résulte de la cessation de l'intoxication trouve un écoulement facile. Le cœur n'a aucun effort à faire et garde un rythme presque normal; donc pas de syncope à redouter. Les douleurs et l'énervement spéciaux à cette période, provenant de l'effort de l'or-

ganisme pour se libérer, et cet effort étant réduit au minimum, le malaise et la gêne sont également réduits au minimum. Les muscles seuls, qui n'ont pas de voie d'excrétion, sont le siège de tiraillements et d'énervements, calmés d'ailleurs par les bains chauds fréquents et courts. Pendant cette période, qui ne dure d'ailleurs que vingt-quatre à trente heures, l'évacuation intestinale doit être assurée de telle sorte que le sujet ne reste jamais plus de quatre heures sans aller à la selle. Dès qu'il y a arrêt on doit administrer l'eau de Sedlitz, qui, en tous cas, est toujours donnée pendant les deux premiers jours du sevrage, matin et soir. Plus le malade évacue facilement, plus sa réaction est vive et rapide, et moins il souffre.

En procédant ainsi, on est frappé d'une chose : c'est qu'au bout de vingt-quatre heures après la dernière piqûre le désir de morphine a disparu.

La *troisième période* comprend les huit ou dix jours qui suivent le sevrage, pendant lesquels l'organisme continue à se débarrasser avec une grande intensité de tous ses éléments intoxiqués. Le foie en particulier, toujours plus ou moins rétracté pendant la morphinomanie, reprend son volume, et sécrète de la bile en abondance. Tout le tube digestif, depuis la langue jusqu'à l'intestin, se dépouille; la peau desquame; le teint reprend une coloration plus normale; les urines perdent leur albumine; les abcès se cicatrisent.

Les grands bains, les douches, et une purgation quotidienne d'eau de Sedlitz sont, avec le repos au lit qui doit être maintenu depuis le premier jour de la cure, les seules indications de cette période.

On laisse les malades à la diète complète le premier jour du sevrage, en se bornant à leur donner de la limonade citrique, et ensuite du café au lait, dès que leur estomac peut supporter quelque chose.

La *quatrième période* est la période de convalescence. Elle est

marquée par le retour de l'appétit, d'un appétit vorace, avec des digestions extrêmement rapides, qui permettent au sujet de faire plusieurs repas copieux par jour. Aussi reprend-il en moyenne 2 kg. par semaine, et très souvent 2 kg. 500, 3 kg. et même 5 kg. comme cela arrive chez des hommes de constitution robuste.

Pendant cette période l'organisme est loin d'être débarrassé, ainsi que le prouve l'examen du sang, et il se produirait des crises éliminatoires, signalées déjà par Westphal, si l'on n'y prenait garde. Or, elles ont un grave inconvénient : c'est de ramener un état de malaise qui réveille le désir de morphine disparu dès le lendemain du sevrage. Pour les éviter, il suffit d'entretenir soigneusement l'élimination intestinale, hépatique et cutanée. L'activité des glandes génitales qui se réveille avec une intensité assez vive du 15e au 20e jour n'a besoin d'aucun stimulant. Pour l'élimination cutanée, les bains et les douches chaudes sont suffisants.

Quant à l'évacuation hépatique et intestinale, c'est encore au calomel, de temps en temps, suivant l'état du foie, et à l'eau de Sedlitz répétée tous les jours pendant une vingtaine de jours d'abord, puis tous les trois ou quatre jours, et en tous cas dès qu'il y a tendance à un peu de ralentissement dans les fonctions intestinales, qu'il faut avoir recours.

La démorphinisation. Mécanisme physiologique. Conséquences au point de vue thérapeutique. *Presse Médicale*, 1898.

Après avoir fait la critique des théories diverses émises sur les causes des phénomènes d'abstinence et de sevrage de la morphine, théories dont aucune ne tient compte de toutes les réactions observées, nous montrons que ces réactions sont uniquement dues à la reprise des fonctions glandulaires et à l'éli-

mination des éléments organiques altérés par le toxique, et que tous les accidents, dont on s'effrayait tant autrefois, résultent de l'effort trop considérable qu'a à faire l'organisme pour excréter les produits intoxiqués dont il est encombré.

D'où la nécessité de préparer pendant la période de diminution les voies d'élimination, et de favoriser les fonctions glandulaires, grâce à quoi les accidents graves signalés autrefois (syncopes cardiaques, coma, etc.) sont évités.

La gravité des récidives précoces s'explique par le fait que le toxique atteint des éléments jeunes, renouvelés, très actifs mais très peu résistants.

La Fonction hépatique dans la Démorphinisation.
Congrès français de Médecine, Bordeaux, 1895.

Sous l'influence de la morphinomanie chronique, toutes les glandes sont arrêtées dans leur fonctionnement. Le foie n'échappe pas à cette règle générale, et en vertu de son rôle de protection de l'organisme contre les poisons, c'est lui qui retient la plus grande partie de la morphine. Il en résulte des troubles de nutrition par insuffisance hépatique chez les morphinomanes d'ancienne date. L'étude de la fonction hépatique dans la démorphinisation doit être faite à plusieurs points de vue qui présentent un intérêt soit physiologique, soit clinique, soit thérapeutique, à savoir :

1° Au moment du sevrage le foie est en état d'hypersécrétion, et la bile est évacuée en quantités quelquefois énormes par les selles ou les vomissements. Cela tient à ce que le foie, n'étant plus saturé de toxique, peut éliminer son contenu, et qu'il subit la reprise de l'activité fonctionnelle que présentent toutes les glandes de l'organisme. La bile ainsi évacuée ne contient pas de morphine, ce qui montre que celle-ci se transforme dans l'organisme, sans qu'on sache d'ailleurs quels sont

ses produits de dérivation. En tous cas c'est principalement par la bile qu'est éliminée la morphine transformée dans l'organisme. D'où la nécessité, non seulement de laisser cette évacuation se produire, mais encore de la faciliter et de l'entretenir.

2° Si l'évacuation bilieuse se produit avec trop d'intensité et surtout trop brusquement, il peut survenir des accidents plus ou moins graves, paraissant dus à une sorte d'asphyxie bulbaire. On peut les prévenir en favorisant l'évacuation bilieuse avant le sevrage. Cela ne se produit d'ailleurs que très rarement. (Aujourd'hui, avec notre nouvelle technique cela n'arrive jamais.)

3° Le foie, après le sevrage, se rénove d'une façon très intense et l'assimilation alimentaire se fait avec une rapidité extrême. La gravité des récidives précoces semble tenir à ce que les éléments nouveaux du foie sont immédiatement atteints, altérés, d'où troubles graves et rapides de la nutrition générale.

4° Cette intoxication du foie et son arrêt de fonctionnement pouvant se faire pendant sa réparation si on administre d'autres substances toxiques, l'emploi de ces dernières est absolument contre-indiqué, et on doit proscrire tous les adjuvants, tous les succédanés, et surtout tous les hypnotiques qui sont particulièrement nuisibles, le sulfunal, le chloral, le trional et le véronal en particulier.

Tous les travaux précédents ont été traduits en Russe et font partie d'un ouvrage sur le Morphinisme et son traitement, *comprenant les travaux d'Erlenmeyer et les miens.*

De l'Effet curatif de la Démorphinisation sur des Affections autres que la Morphinomanie. *Archives générales de Médecine,* 1899.

Loin d'être une contre-indication à la démorphinisation, le

fait que la maladie à l'occasion de laquelle la morphinomanie s'est développée a persisté est au contraire une raison de plus pour y procéder, car on a toutes les chances de voir cette maladie disparaître, entraînée par le travail de régénération de l'organisme qui suit une désintoxication faite dans de bonnes conditions.

Héroïne et Héroïnomanie. *Presse Médicale*, 1905.

Nous avons signalé pour la première fois la toxicité beaucoup plus grande de l'héroïne que de la morphine, et les dangers du sevrage des héroïnomanes. Chez ceux-ci on doit d'abord, pour éviter les accidents et en particulier les syncopes respiratoires, qui ne cèdent pas à une nouvelle injection d'héroïne comme cela arrive avec la morphine, substituer la morphine à l'héroïne pendant la période de diminution.

Les Toxicomanes. *Congrès français de Médecine*, Lille 1899, p. 576.

Parmi les intoxiqués il en est chez lesquels l'intoxication n'est que la manifestation et la conséquence de l'état psychopathique qui domine la scène. On peut leur donner le nom de *toxicomanes*. Ils se caractérisent par la multiplicité des toxiques auxquels ils s'adonnent, la facilité avec laquelle ils s'y habituent et s'en désaccoutument, la tendance à prendre très rapidement et quelquefois d'emblée de grosses doses, et à s'adresser aux substances les plus toxiques, l'association qu'ils font souvent des antidotes et des toxiques, la fréquence, presque la fatalité de la récidive, qui se produit ordinairement d'une façon impulsive.

Le pronostic de l'intoxication dans ces cas est à la fois très bon puisque les malades ont des sevrages très faciles et sans grandes réactions organiques, et très mauvais puisque la réci-

dive est presque fatale. Le traitement est le même que pour les intoxiqués ordinaires, où l'état psychopathique est surajouté et n'a qu'une place secondaire, mais la surveillance doit être prolongée plus longtemps.

Un Cas de Délire maniaque de longue durée chez un Toxicomane à Intoxications multiples (Héroïne, Morphine, Cocaïne, Alcool). (En collaboration avec M. Arnaud.) *Encéphale*, 1910, II, p. 53 et *Soc. de Psychiatrie*, juin 1910.

Ce malade, qui prenait 1 gr. 50 de morphine, plus de l'héroïne, de la cocaïne et de l'alcool en grande quantité était en outre syphilitique. Il présentait de l'excitation dès son entrée en traitement. Le sevrage se fit sans douleur, mais à la suite les phénomènes d'excitation allèrent en augmentant, avec confusion des idées, hallucinations se rapportant à la morphine, idées de grandeur, et régression de la personnalité à douze ans en arrière. Interné dans un asile pendant six mois il est resté depuis lors complètement guéri.

Son délire ne présentait aucun des caractères de celui qui accompagne l'une quelconque des intoxications qu'il avait. C'est une forme tout à fait atypique, et d'ailleurs fort rare chez les morphinomanes, même chez ceux ayant des intoxications associées.

Hystérie de Morphinomanie. *Congrès des Aliénistes et Neurologistes*, Bruxelles, 1903.

L'association de l'hystérie et de la morphinomanie est fréquente. Elles peuvent être l'une vis-à-vis de l'autre cause ou conséquence. Le plus souvent l'hystérie est primitive et amène la morphinomanie. Une fois établie, celle-ci entretient l'hystérie en favorisant l'inhibition cérébrale.

La morphinomanie au cours de l'hystérie est grave au point de vue de la récidive. Il est indispensable de traiter l'hystérie si on ne veut pas voir persister après le sevrage l'obsession de la morphine et l'impulsion à en reprendre.

Il est également indispensable de savoir que les hystériques ont la plus grande facilité à s'habituer à la morphine, et que celle-ci, bien loin de calmer leurs accidents, les entretient et développe la névrose.

L'Albuminurie chez les Morphinomanes. *Bulletin de la Société de l'Internat*, p. 267, 1907.

L'albuminurie se présente chez les morphinomanes soit au cours de l'intoxication, soit pendant la période de sevrage. Elle se comporte de façon très différente dans les deux cas. Ses causes et son pronostic offrent également des particularités distinctes.

L'albuminurie morphinique pure paraît des plus problématiques. Elle est due, en tous cas, à une aggravation causée par le mauvais état du rein sous l'influence de l'intoxication, et surtout aux intoxications surajoutées. Elle est ordinairement peu intense, 25 à 50 centigrammes. Elle complique beaucoup le sevrage à cause des accidents urémiques possibles.

L'albuminurie au cours du sevrage est très fréquente. Elle se présente chez des individus ayant eu autrefois des états avec albuminurie passagère, mais le plus souvent sans cause apparente, sauf les intoxications surajoutées. Elle atteint facilement 3 et 4 grammes et peut aller jusqu'à 8 et 15 grammes. Elle survient assez brusquement et disparaît rapidement en quelques jours. Elle s'accompagne souvent d'ischurie et de douleurs lombaires révélant un état congestif des reins selon toute vraisemblance, comme l'a supposé Huchard. Elle nécessite une attention particulière au moment du sevrage.

Un Cas de Morphio-cocaïnomanie datant de dix ans. Suppression immédiate de la Cocaïne. Suppression en cinq jours de la Morphine. Guérison. *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 8 juin 1894.

Considérations sur un Cas grave de Morphi-cocaïnomanie. *Progrès médical*, 12 mai 1900.

Remarques sur la Cocaïnomanie à propos d'un Cas durant depuis quinze ans avec une dose journalière de 9 à 12 grammes. *Bull. de la Soc. Méd. de l'Élysée*, p. 198, et *Journal de Méd. de Paris*, 1909.

Dans la cocaïnomanie on peut, à l'encontre de ce qui se passe dans la morphinomanie, pratiquer le sevrage brusque sans aucune réaction douloureuse, ni même aucune réaction viscérale ou nerveuse. Il n'y a que des transpirations abondantes ou quelques hallucinations s'il y en avait déjà avant le sevrage. Ni angoisse, ni agitation, ni tendance aux syncopes sous l'influence de l'abstinence; pas de vrai état de besoin. La curabilité est cependant plus sujette à caution que celle de la morphinomanie, la récidive étant trop facile. L'absence de réaction pénible au sevrage n'inspire pas de crainte aux malades, et la multiplicité des formes d'absorption de la cocaïne augmente la facilité de son emploi.

Statistique de 357 Cas de Guérison (1890-1910) obtenus par la Méthode physiologique de Désintoxication rapide. *Société Médicale de l'Élysée*, 1910.

Cette statistique de 300 nouveaux cas, traités au Sanatorium de Boulogne, depuis juillet 1897 (la statistique des 57 premiers a été publiée à l'Académie de Médecine en 1896), comprennent 202

hommes, dont 50 docteurs, 3 dentistes, 4 pharmaciens, et 98 *femmes*.

Au point de vue de la *forme de l'intoxication*, ils peuvent être rangés de la manière suivante : 235 morphinomanes purs; 18 morphio-cocaïnomanes; 37 héroïnomanes; 3 morphino-héroïno-cocaïnomanes; 3 cocaïnomanes purs; 1 laudanumomane; 2 opiophages; 1 chloralomane.

Le pourcentage par année entre ces diverses variétés est assez intéressant. On voit, en effet, la morphio-cocaïnomanie qui représentait 16,67 p. 100 des cas traités en 1897 et 29,40 p. 100 en 1898, tomber à 4,54 p. 100 en 1900, à 3,33 p. 100 en 1907, disparaissant même certaines années. Par contre l'héroïnomanie apparaît en 1902 avec 10 p. 100, et monte progressivement à 17,39 p. 100 (1903), 21,05 (1904), 25 p. 100 (1905), 21,42 (1906), 15,15 (1907), 19 p. 100 (1908), 23,07 p. 100 (1909).

Cela tient à ce qu'on a reconnu l'erreur où l'on était tombé en préconisant la cocaïne comme succédané capable de guérir la morphinomanie, erreur qu'on a remplacée par une plus grave encore, celle de considérer l'héroïne comme douée de tous les avantages de la morphine sans en avoir les inconvénients, et en particulier celui de l'accoutumance.

Aujourd'hui une nouvelle erreur se propage, celle de la dionine comme succédané de la morphine, et on commence déjà à la répandre aussi à propos d'une préparation opiacée nouvelle, le pantopon. Il faut savoir que l'opium sous toutes ses formes ainsi que ses dérivés actuels ou futurs sont tous capables de produire l'accoutumance et ne diffèrent que par leur toxicité. On doit donc s'en méfier également.

Du Rôle de l'Hérédité dans l'Alcoolisme. 1 vol. in-16, 1889. *Couronné par la Société médico-psychologique. Prix Aubanel* 1888.

Traduit en anglais, Wood's medical and surgical monographs, 1890.

La statistique ayant une importance capitale dans cette question, non seulement au point de vue de l'hérédité de l'alcoolisme même, mais encore au point de vue de la généalogie des familles de dégénérés, nous nous sommes appuyés pour faire ce travail sur l'histoire, prise aussi scrupuleusement que possible, de 350 familles dont l'un des membres était ou avait été observé à Bicêtre dans le service des épileptiques et des enfants idiots.

Nous avons envisagé la question à trois points de vue : 1° l'alcoolisme peut-il être héréditaire? 2° S'il est héréditaire (hérédité similaire) dans quelle mesure et de quelle manière agit l'hérédité? 3° L'hérédité similaire est-elle la seule qui intervienne dans la genèse de l'alcoolisme ou peut-il y avoir au contraire hérédité dissemblable, et dans ce cas quelles sont les affections qui prédisposent le plus les descendants à l'alcoolisme?

En ce qui concerne le rôle général de l'hérédité dans l'alcoolisme on arrive aux conclusions suivantes :

1° Dans 49,29 p. 100 des cas au minimum l'alcoolisme reconnaît pour cause première l'hérédité.

2° Dans le plus grand nombre des cas, 75 p. 100, c'est l'hérédité similaire; dans 24,30 p. 100, au contraire, c'est l'hérédité dissemblable qui est en jeu.

3° C'est ordinairement l'hérédité directe qui s'observe dans l'hérédité similaire.

4° L'hérédité similaire peut frapper quatre générations consécutives, ce qui est rare, et il est probable qu'elle ne dépasse pas cette limite.

Nos conclusions, après examen, avec observations à l'appui, de toutes les questions qui se rattachent à l'influence de l'hérédité et de l'alcoolisme, et des rapports de l'alcoolisme avec l'épilepsie, l'hystérie, les vésanies, la dégénérescence mentale, le suicide, le vice, les manifestations de la famille névropathique en général, furent les suivantes :

1° Entre la dipsomanie, folie héréditaire, et l'alcoolisme dit

acquis, il existe une forme intermédiaire de la passion pour les boissons alcooliques : c'est l'alcoolisme héréditaire qui, plus fréquent certainement que la dipsomanie, tend de plus en plus à empiéter sur le terrain de l'alcoolisme acquis.

2° L'hérédité de l'alcoolisme peut être similaire ou dissemblable, la première étant à la seconde comme 3 est à 4.

3° L'alcoolisme héréditaire appartient à la famille névropathique et en particulier à la branche psychopathique.

4° Les causes qui font apparaître l'alcoolisme chez les héréditaires, et surtout chez les descendants d'alcooliques, ne sont que des causes occasionnelles et apparentes qui sont loin de jouer le rôle qu'on a voulu leur donner. La seule véritable cause est l'hérédité qui crée la prédisposition, l'impulsion, et un état intellectuel et moral mettant l'individu dans l'incapacité d'y résister.

IDIOTIE ET ÉPILEPSIE

Psychologie de l'Idiot et de l'Imbécile. Essai de Psychologie morbide. 1 vol. in-8°, 236 p., de la *Bibliothèque de Philosophie contemporaine*, avec 12 planches hors texte, 1re édition, 1891 ; 2e édition, 1902.

Traduit en allemand par P. Brie avec une préface du Profr Pelman, 1891.

Traduit en polonais par Goldbaum, Varsovie, 1893.

Cet ouvrage est la première étude d'ensemble sur la psychologie des idiots et des imbéciles. Elle a été poursuivie pendant plusieurs années dans le service du Dr Bourneville à Bicêtre.

L'idiotie n'est pas une entité clinique. L'intelligence des idiots ne peut se mettre en parallèle ni avec celle des enfants normaux, ni avec celle des animaux. Elle est en rapport avec la variabilité des causes et la multiplicité des lésions de l'idiotie. C'est ce qui en rend l'étude difficile.

De nombreuses classifications ont été données de l'idiotie. Nous avons pris pour base de la nôtre le degré de l'attention, sans laquelle le développement de l'intelligence ne saurait se faire, non plus que l'éducation. Aussi avons-nous consacré un long chapitre à l'étude de l'attention spontanée et volontaire.

Les premiers signes de l'idiotie sont très importants à connaître et nous les avons décrits en détail. Il en est de même de l'examen de l'état des sens sur lesquels nous avons particulièrement insisté. L'étude des sentiments présente un grand intérêt,

car le caractère varie chez l'idiot et chez l'imbécile et dans les différents types d'idiotie.

L'étude des instincts, du langage, des manifestations diverses de l'intelligence proprement dite, de la volonté, de la personnalité et de la responsabilité, nous montrent partout des anomalies et des arrêts. Mais elle permet de constater une opposition qui se manifeste dans tous les domaines entre l'idiot et l'imbécile, opposition que nous avons résumée en disant que l'idiot est un *extra-social*, tandis que l'imbécile est un *anti-social.*

L'Idiotie et l'Imbécillité au point de vue nosographique. *Archive de Neurologie*, I, 33, 1894.

L'imbécillité est une affection mentale due probablement à un trouble fonctionnel congénital, mais non à une lésion organique des centres nerveux. Elle constitue le degré le plus inférieur de la débilité mentale, dont elle se rapproche absolument au point de vue psychologique. Elle rentre dans le cas des psychopathies dégénératives, où elle forme un type à part.

L'idiotie, au contraire, n'est pas une entité morbide; ce n'est qu'un symptôme d'une affection organique des centres nerveux survenue dans l'enfance ou dans la vie intra-utérine, et n'empruntant ses caractères spéciaux qu'à cette circonstance étiologique.

Idiocy. *En anglais* in *Twentieth Century Practice of Medicine* vol. XII, New-York, 1897.

Traduit en italien par P. Parise, Florence, 1903.

Petit traité complet de l'Idiotie.

Traitement de l'Idiotie. Traité de Thérapeutique appliquée de A. Robin, Rueff, édit., 1897.

Idiotie et Épilepsie symptomatiques d'une Anomalie cérébrale ; Tumeur des Tubercules mamillaires (avec Bourneville). *Comptes rendus du service des Idiots de Bicêtre*, 1894, p. 164, et *Progrès Méd.*, 4 novembre 1893.

Épilepsie ; Atrophie cérébrale localisée ; État de mal. Influence des Injections de Brown-Séquard (avec Bourneville). *Comptes rendus du service des Idiots de Bicêtre*, 1896, p. 89.

Le résultat de ces injections fut nul.

Contribution à l'Étude de la Porencéphalie et de la Pseudo-porencéphalie (avec Bourneville). *Comptes rendus du service des Idiots de Bicêtre*, 1891, p. 167, et *Congrès de Médecine mentale*, 1889.

Il y a lieu de distinguer deux formes de porencéphalie : la porencéphalie vraie et la pseudo-porencéphalie. La vraie est le résultat d'un arrêt de développement et est, par conséquent, congénitale ; la fausse est consécutive à un processus destructif probablement dû à un trouble circulatoire, et survient soit pendant la vie intra-utérine, soit plus tard. La disposition des circonvolutions, rayonnantes autour du porus dans la vraie, coupées irrégulièrement dans la pseudo, est caractéristique. La forme de la dépression — infundibulum dans la vraie, vaste excavation dans la pseudo, — ne l'est pas moins.

Des Anomalies des Organes génitaux chez les Idiots et les Épileptiques (avec Bourneville). *Comptes rendus du Service des Idiots de Bicêtre*, 1888, p. 196.

De l'État de la Dentition chez les Enfants idiots et arriérés (avec Bourneville). *Id.*, 1888, p. 224.

Épilepsie et Asymétrie fronto-faciales (en collaboration avec Bourneville). *Id.*, 1889, p. 28.

Reprise des idées de Lasègue à ce sujet, au moyen d'un appareil spécialement créé pour cette recherche. Dans l'immense majorité des cas les épileptiques idiopathiques présentent de l'asymétrie fronto-faciale, qui constitue ainsi, dans une certaine mesure un signe diagnostique différentiel avec l'épilepsie symptomatique.

THÉRAPEUTIQUE NERVEUSE

Les Idées actuelles sur la Psychothérapie. *Conférence faite à la Société de l'Internat des Hôpitaux de Paris*, 26 janvier 1905.

La psychothérapie n'est pas *une*. Il faut être éclectique en matière de procédés psychothérapiques, en se rappelant que tant vaut l'homme, tant vaut la méthode. Un seul procédé a survécu au naufrage de tous les autres : c'est l'*isolement*. Mais s'il agit par lui-même, il permet surtout d'appliquer le traitement convenable des névroses et des psycho-névroses. Il faut donc y adjoindre la *cure de repos*, la *cure d'engraissement* et la *rééducation*. Enfin, et avec la plus grande circonspection, on y joint le *traitement moral*, qu'il ne faut pas confondre avec la psychothérapie et qui a une valeur considérable s'il est bien appliqué.

Les Agents psychiques, in *Formulaire de Thérapeutique* de Gilbert et Yvon.

Exposé des procédés pratiques d'ordre psychologique et moral à utiliser dans le traitement des névroses et des psycho-névroses.

Résultats de l'Opothérapie ovarienne et hypophysaire dans certains États mentaux (en collaboration avec M. Chartier). *Congrès des Neurologistes et Aliénistes français*, Dijon, 1908, et *Encéphale*, p. 419, 1908.

Dans 8 cas sur 9 d'accidents mentaux de nature diverse, associés à des phénomènes généraux devant être rapportés à des troubles fonctionnels des glandes à sécrétion interne, on a obtenu des résultats positifs.

Maladie de Basedow rapidement améliorée par la Galvanisation. *Progrès Médical,* 11 août 1894.

Du Rôle des Mouvements dans la Thérapeutique des Névroses. *Congrès français de Médecine,* Lille, 1899, p. 931, et *Journal de Neurologie de Bruxelles,* 1899, p. 281.

Il s'agit d'exercices gymnastiques spéciaux, consistant surtout dans des mouvements passifs maxima et quelquefois même forcés, puis avec résistance active du sujet dès qu'il en est capable. Cette gymnastique, qui diffère par plusieurs points de la gymnastique suédoise, a surtout pour but et pour effet de réveiller la sensibilité profonde chez les hystériques anesthésiques. Elle agit à la fois d'une façon directe par excitation des nerfs périphériques et des muscles, et indirectement par la mise en jeu de l'attention et de l'effort volontaires.

Systématiquement appliquée dans le traitement de l'hystérie, elle provoque non seulement des réactions sensitives et motrices, mais, à un moment donné, tous les phénomènes psychologiques que j'ai signalés dans le réveil des vigilambules hystériques et qui consistent dans une régression de la personnalité jusqu'au moment du début des accidents.

Je l'ai utilisée depuis lors dans le traitement de la neurasthénie et particulièrement chez les obsédés, douteurs, phobiques, etc., qui sont toujours, soit dans un état d'asthénie neuro-musculaire, soit dans un état d'éréthisme et de contraction. Elle m'y a donné également de bons résultats au point de vue du retour de la force dynamométrique, de l'assouplissement des mouve-

ments, de l'aisance des attitudes, et d'une détente morale accompagnant la détente physique.

Note préliminaire sur le Traitement de l'Hystérie basé sur sa Nature. *Intermédiaire des Neurologistes et Aliénistes*, 1899, p. 66, 82.

Les procédés de traitement de l'hystérie sont de trois sortes : physiques, physiologiques et psycho-physiologiques.

Les procédés physiques sont : l'hydrothérapie, l'électrothérapie, le repos au lit. Les procédés physiologiques consistent essentiellement dans une gymnastique spéciale, variée pour chaque organe, et ayant pour but et pour effet de réveiller la sensibilité du sujet, et de ramener ainsi le fonctionnement de ses organes y compris le cerveau. Les procédés psycho-physiologiques comprennent l'isolement, le réveil cérébral, et le traitement moral sans suggestion d'aucune sorte.

L'Hydrothérapie chez les Neurasthéniques. *Rapp. au Congrès internat. de Physiothérapie*, Paris, 1910.

Ce rapport conclut à ceci : L'hydrothérapie est souvent utile chez les neurasthéniques ; elle n'est jamais nécessaire, et elle peut être quelquefois nuisible.

La Neurasthénie et son Traitement. *En russe*, 1 vol. in-8°, Saint-Pétersbourg, 1910.

Exposé de la pathogénie de la neurasthénie et des méthodes de traitement qui en découlent.

APPAREILS

Electrode à Surface et à Pression constante pour la Mesure comparative de la Résistance électrique du Corps (en collaboration avec M. Chartier). *Bull. de la Soc. d'Electrothérapie*, février 1910.

Malgré les nombreuses recherches faites sur la résistance du corps humain, les données fournies par les différents auteurs paraissent encore très incertaines. Les différences qui existent entre les résultats qu'ils ont obtenus semblent tenir, pour la plus grande part, à la technique employée. S'il est, en effet, un certain nombre de conditions de ces techniques qui sont faciles à établir, telles que : la force électro-motrice du courant employé, son intensité et la durée de son application, ainsi que la désignation des régions examinées, il en est d'autres, au contraire, qui sont très difficiles à préciser et qui ne permettent surtout aucune comparaison entre les expériences faites soit chez des individus différents, soit chez le même individu à des époques différentes : telles sont la surface d'application des électrodes, leur pression sur les tissus et leur degré d'humidité.

C'est en vue d'obtenir des résultats comparables dans la mesure de la résistance du corps que nous avons imaginé une électrode qui présente pour caractères particuliers : 1° une surface d'application précise et constante; 2° une pression constante pouvant varier à volonté; 3° une humidité constante ou nulle. Ces trois conditions suppriment donc les inconvénients signalés plus haut et qui rendent incertaines les évaluations de la résistance du corps.

Elles sont remplies au moyen d'une électrode formée d'un tube de verre coudé à angle droit et prolongé inférieurement par une tubulure plus étroite et oblique par laquelle on évacue le liquide introduit dans l'appareil pendant l'expérience. Une gaine de métal protège le tube et forme autour de l'embouchure de la portion coudée à angle droit un large rebord plat, ayant à la périphérie des crampons où peuvent s'accrocher des lacs pour

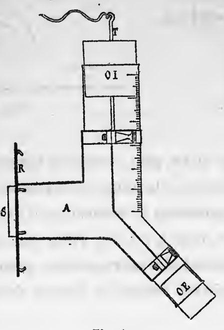


Fig. 1.

fixer l'appareil sur la région explorée. Le liquide qui sert de contact est de l'eau ou mieux du mercure.

Modification au Sphygmographe digital de Laulanié et au Marteau de d'Arsonval. *Bull. de l'Institut de Psychologie*, 1902, p. 60.

La première permet de se servir du cylindre enregistreur dans la position horizontale au lieu de verticale comme l'exige l'appareil primitif de Laulanié. La fourche qui soutient la poulie verticale à laquelle est fixé le style présente un ajutage (fig. 1) qui permet de placer cette poulie tantôt verticalement,

tantôt horizontalement au moyen de quatre vis qui viennent à volonté soutenir son axe, soit dans un sens, soit dans l'autre. Pour l'inscription horizontale on fait passer le fil de cette poulie sur deux petites poulies de renvoi fixées (fig. 2) dans l'intérieur

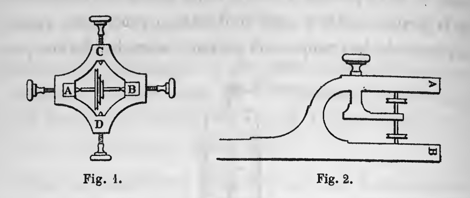


Fig. 1. Fig. 2.

de la fourche et qu'on peut élever ou abaisser à volonté pour les faire correspondre à la gorge de la poulie.

La seconde concernant le marteau de d'Arsonval consiste en ceci : la base du ressort, au lieu d'être fixe, est mobile autour d'un axe à frottement plus ou moins dur, grâce à une vis de serrage. Dès le moindre contact le ressort s'écarte de la pointe

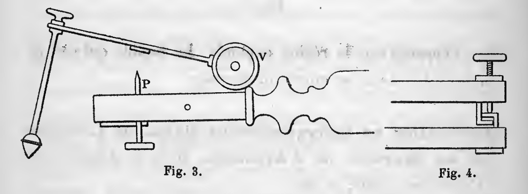


Fig. 3. Fig. 4.

qui ferme le courant et reste dans la position ainsi prise. Il suffit alors de le rabaisser et de le remettre en contact avec la pointe pour être prêt à s'en servir de nouveau. Si l'on veut conserver le dispositif ordinaire de d'Arsonval il suffit d'immobiliser le ressort en serrant sa vis de serrage (fig. 3).

Comme complément de ce nouveau marteau il y a lieu de se servir d'une presselle avec laquelle, au lieu de serrer au moment où il perçoit le contact, le sujet en expérience doit au contraire lâcher la main. L'aiguille du chronoscope ne risque pas ainsi d'être de nouveau remise en mouvement comme il arrive quand le sujet cesse de serrer avant qu'on ait lu sur le cadran (fig. 4).

VARIA

L'Intermédiaire des Neurologistes et des Aliénistes. 1898-99.

Essai d'un journal mensuel, rédigé en trois langues : français, anglais, allemand — destiné à permettre aux neurologistes et aux aliénistes de tous pays d'entrer en rapport, d'échanger leurs vues, et de se renseigner sur certains points obscurs, sur certains travaux dont on ne peut retrouver l'indication, sur certaines expériences dont on ignore l'origine ou l'auteur.

La Médecine sociale. *Revue de Sociologie.* 1893, p. 507.

A côté de l'hygiène sociale il y a lieu de constituer une *médecine sociale* ayant pour but de rechercher l'influence de la société sur le développement de certaines maladies et réciproquement celle de ces maladies sur le fonctionnement et le développement de la société. Pour y atteindre il y a deux moyens : indiquer toutes les mesures préventives de la dégénérescence comme on le fait en hygiène pour prévenir les épidémies, et enrayer ensuite la dégénérescence quand elle apparaît sous quelque forme que ce soit. Tandis que l'hygiène a surtout pour rôle de prévenir les maladies contagieuses et évitables, la médecine sociale doit envisager surtout les affections dégénératives et transmissibles héréditairement.

Quelques réflexions critiques sur l'Instruction moderne. *Nouvelle Revue Internationale,* 30 septembre 1895.

Ce qu'il faut par dessus tout apprendre aux enfants c'est à juger et à raisonner. L'érudition la plus complète avec un sens critique mauvais, un jugement faux, est non seulement inutile, mais nuisible. C'est malheureusement un côté qu'on néglige trop pour ne s'occuper que d'entasser dans le cerveau le plus de connaissances possibles, forcément mal digérées, apprises hâtivement, et ne laissant par conséquent dans l'esprit qu'une empreinte fugitive. Plutôt que de chercher à tout apprendre aux jeunes gens, il vaudrait peut-être mieux s'efforcer de former leur intelligence en général, leur réflexion, leur jugement, et leur donner une méthode de penser. Étant donné l'état actuel des sciences et les exigences de la vie sociale et publique, à laquelle tous les citoyens se trouvent de plus en plus mêlés, il faut développer le plus possible l'éducation intellectuelle de préférence à l'instruction proprement dite.

Cours d'Hygiène à l'usage des Écoles d'infirmières de la Ville de Paris, 7e édition; 1 vol. in-16, 194 p.

Les Séances publiques d'Hypnotisme. *Progrès médical*, 1er juin 1889.

Article destiné à protester contre ces séances qui faisaient fureur alors, à en montrer le danger au point de vue de la contagion nerveuse, et à en demander l'interdiction.

La Méthode de Koch à l'Hôpital Laënnec. *Progrès médical*, 6 déc., 21 déc., 27 déc. 1890.

Exposé des expériences faites avec la tuberculine de Koch, dans le service du professeur Cornil, dont nous étions l'interne, et résumé de ses leçons mettant en garde contre l'enthousiasme qui régnait alors, et montrant que les résultats

constatés exigeaient les plus grandes réserves sur la valeur thérapeutique de cette nouvelle méthode.

Le premier Congrès français de Médecine interne. *Progrès médical*, 3 nov. 1894.

Les Miracles selon la Science. *Revue Encyclopédique*, 1894, p. 452.

Le Goût de la Vie. *Renaissance latine*, 15 juillet 1903.

A cette question : « La vie vaut-elle la peine d'être vécue? » Mallock avait répondu : « Tout dépend de celui qui la vit ». Et William James répliquait : « Ce n'est pas suffisant. Croyez que la vie est digne d'être vécue, et par votre foi elle en deviendra digne en effet. » A quoi le candidat au suicide par *tœdium vitæ* objecte : « Donnez-moi donc d'abord la foi. » Or c'est précisément le moyen de croire que la vie vaut la peine d'être vécue que W. James oubliait de nous indiquer.

Pour notre part, nous basant sur de nombreux exemples et même sur des expériences, nous disions : « Augmentez votre vitalité, sentez-vous vivre, et vous aimerez *la* vie. Ce n'est pas la vie qui est ennuyeuse et qui vous est à charge, c'est *votre* vie quand elle n'a pas l'intensité qu'elle devrait avoir. Vous êtes logique en la détestant telle que vous la vivez, mais où vous ne l'êtes plus, c'est en négligeant les moyens que vous avez à votre disposition d'en sortir, non pas dans la mort, mais dans la vie vraie, c'est-à-dire dans la possession pleine et entière de votre activité, de vos fonctions, de vos facultés physiques, intellectuelles et morales. Ne craignez pas de ne savoir quoi faire de cette activité. En dehors du plaisir qu'on a à la sentir en soi, n'oubliez pas que les forces de la nature trouvent toujours leur emploi. Ne vous demandez pas à quoi vous pouvez être utile. Soyez fort, soyez vivace, et vous verrez que le monde

est assez vaste pour fournir un aliment à votre besoin d'activité. L'activité mise en œuvre est elle-même source d'activité.

Après la jouissance de vous développer vous-même, vous aurez celle de vous répandre au dehors. Plus vous agirez, plus vous aurez le désir d'agir et plus vous aurez de satisfaction en agissant.

Celui qui nie la vie ne fait que nier *sa* vie, avouer qu'elle n'est pas complète; celui qui nie la joie ne fait que reconnaître son impuissance à jouir; celui qui nie l'utilité de l'effort vers le mieux et le plus n'affirme que sa propre incapacité d'accomplir cet effort, de surmonter les obstacles qui sont un stimulant.

Sentez-vous donc vivre pour aimer la vie, et pour la sentir vivez-la avec le plus d'intensité possible.

La Langue française considérée dans ses Rapports avec le Travail scientifique et la Production scientifique. *Rapport au Congrès international pour l'extension et la culture de la langue française*, Liège, 1905.

La conclusion de ce rapport fut le point de départ, avec celui de M. Fürstenhoff, de la nomination d'une commission chargée d'examiner la question suivante : « Faut-il solliciter des peuples étrangers la reconnaissance, comme langue auxiliaire internationale, de la langue française? » Cette commission fut elle-même l'embryon du bureau international créé pour poursuivre la réalisation de ce vœu.

Si nous voulons favoriser l'extension de la langue française, il ne suffit pas d'en montrer les avantages comme langue scientifique, mais il faut attirer chez nous les étudiants étrangers qui viendront y apprendre non seulement notre langue, mais nos idées, nos manières de penser. Un autre moyen encore, c'est de faire de bons livres et de bons travaux; et ce serait aussi d'organiser sur une large échelle la traduction rapide en fran-

çais de tous les ouvrages scientifiques étrangers ayant de la valeur, de façon que tous les savants et étudiants étrangers fussent assurés, en sachant le français, de se tenir au courant grâce aux seuls ouvrages français — originaux et traduits — de tout le mouvement scientifique.

Le rapport se terminait en signalant le danger que les langues auxiliaires artificielles et en particulier l'esperanto pouvaient faire courir à la langue française à ce point de vue.

Le Français comme Langue auxiliaire internationale, *Conférence au Congrès internat. de Médecine*, Lisbonne, 1906.

Exposé de la question des langues auxiliaires artificielles, concluant à leur insuffisance, et à la nécessité d'adopter comme langue auxiliaire une langue vivante, d'origine latine, soit l'espagnol à cause de sa simplicité orthographique et grammaticale, et de la correspondance de sa prononciation avec son écriture, soit le français, en raison de sa position intermédiaire entre les autres langues latines et les langues anglo-saxonnes, et aussi de la richesse de sa production littéraire et scientifique.

Morale et moralité. Essai sur l'Intuition morale. — 1 vol. in-16, 204 p. *de la Bibliothèque de Philosophie Contemporaine* (Paris, F. Alcan, 1912). *Leçons faites à l'Université nouvelle de Bruxelles*, 1911.

Les conclusions qui résument l'ouvrage sont les suivantes :

En présence du désarroi qui règne actuellement en morale tant au point de vue de ses principes fondamentaux que des méthodes propres à son étude, il est permis d'en rechercher les raisons.

Le problème moral semble mal posé, car toutes ses données sont sujettes à variations, contradictions, divergences de tout

ordre, sans qu'on puisse leur trouver de mesure fixe comparable à elle-même, ni d'évolution naturelle ou logique.

La confusion vient d'abord de ce que le domaine même auquel il s'applique, le champ de la morale, n'est bien déterminé ni dans ses limites, ni dans son contenu. Elle provient ensuite de ce qu'on a voulu étudier l'homme exclusivement sous un seul de ses aspects, ou qu'on a recherché à tout ramener à l'unité de fin ou de fondement; elle a été encore augmentée par le conflit des points de vue absolus auxquels on s'est placé pour en chercher la solution métaphysique, religieuse, naturaliste, sociologique, etc.

Il faut se résoudre à constater l'insolubilité du problème moral dont les constantes ne nous sont pas toutes connues et dont les variables ont sans cesse des valeurs différentes que nous ne pouvons mesurer.

Si le problème moral est insoluble, c'est que son objet, la morale, c'est-à-dire les meilleures règles de conduite de l'homme vis-à-vis de l'homme d'abord, — et par extension vis-à-vis des animaux, êtres inférieurs à lui, et vis-à-vis des dieux, êtres surnaturels, qu'il admet supérieurs à lui, — est variable, changeant, transitoire, sans évolution déterminée, essentiellement approximatif et relatif.

La recherche d'un fondement de la morale est une œuvre vaine, parce que la morale se fait et se défait sans cesse, son rôle étant de s'adapter le mieux possible aux conditions d'existence d'une société donnée, en se modelant sur ses formes infiniment variées, et la suivant dans l'instabilité et le mouvement incessant de sa vie.

La morale est fonction de l'état social, comme la législation, et toutes les morales sont bonnes du moment qu'elles sont conformes à l'état social, et suffisantes à l'entretenir et à le développer.

Le seul vrai critérium moral c'est le sentiment de l'obligation

interne. L'obligation nous apparaît comme le sentiment d'une impulsion motrice qui cherche à se réaliser, à s'extérioriser, à se transformer en acte.

Elle est le fait tantôt d'un automatisme acquis, tantôt d'une tendance spontanée.

Dans ce dernier cas elle est le critérium de la valeur morale, de la moralité de l'homme.

La moralité est fonction de la constitution de l'homme, et même de certains animaux, de même que la morale est fonction de l'état social.

C'est une modalité de l'affectivité, c'est-à-dire d'une fonction psycho-physiologique et biologique, qu'on retrouve chez certains animaux vivant en société ou commensaux de l'homme, et même chez d'autres où elle paraît en rapport avec l'évolution relativement grande du cerveau par rapport au reste du système nerveux.

La morale est l'ensemble des règles d'action qui paraissent à la majorité d'une société donnée les plus conformes aux sentiments et aux idées que cette société a des rapports de ses membres entre eux.

La moralité consiste essentiellement à percevoir, non pas les rapports conventionnels établis ou admis par cette société, mais les rapports réels, exacts, connus ou méconnus, des membres ou des groupes qui la composent.

On peut la définir : La tendance à percevoir intuitivement ou à rechercher par réflexion les rapports des hommes entre eux, et, une fois ceux-ci perçus, reconnus, déterminés, à sentir le besoin d'y conformer le mieux possible ses actes.

Ou plus simplement : La moralité est la façon dont l'homme perçoit les rapports qu'il a avec les autres hommes et réagit à cette perception.

La moralité ainsi comprise met en jeu l'affectivité, l'intelligence et la motricité, c'est-à-dire qu'elle traduit, en somme, la

personnalité tout entière. Primitivement elle peut se réduire et se réduit, en effet, à un pur état affectif avec tendance à l'action envers autrui.

La moralité est le substratum naturel de la morale. Elle est à la fois d'ordre organique et psychologique. Elle préexiste à la rationalité; elle est l'expression de la conscience individuelle. Elle ne formule ni règles, ni lois; mais c'est elle qui les suggère, les approuve, les modifie ou les condamne. Elle n'ordonne pas, elle agit.

Elle n'est ni une qualité de l'esprit, ni encore moins une faculté de la nature humaine. C'est simplement un mode de l'affectivité s'appliquant à une certaine catégorie de faits humains et constituant une sorte de fonction spéciale.

C'est intuitivement que la moralité découvre les rapports des hommes entre eux, et qu'elle sent le besoin d'agir conformément à eux. Mais si cela suffit dans les cas simples, elle doit s'aider dans les cas complexes des connaissances que lui fournissent l'expérimentation et la raison.

Même quand elle s'adjoint ainsi l'expérience et la raison, elle est encore intuitive et affective, car cette recherche résulte de la tendance à connaître par tous les moyens possibles les rapports humains, exacts et à s'y conformer.

D'autre part l'obligation interne qui pousse à l'action est, elle aussi, le fait d'une intuition affective ou d'une intuition intellectuelle dont l'obligation à l'acte est aussi impérative.

Tout l'essentiel de la moralité, tout son fondement, est donc intuitif et affectif.

Mais l'affectivité est essentiellement motrice. Aussi la voyons-nous se compléter ici, comme partout, par une réaction motrice, qui est, dans l'espèce, l'action morale.

La moralité plonge ses racines dans l'organisme de l'homme, dans ses fonctions les plus profondes, les plus essentielles, les plus personnelles : dans la sensibilité affective. Mais on peut en

retrouver les rudiments, et même un développement assez marqué, chez les espèces animales elles-mêmes.

L'étude des réactions morales chez les animaux permet de reconnaître chez l'homme lui-même deux ordres de sentiments moraux : les sentiments *prémoraux* et les sentiments *moraux proprement dits*. Les premiers sont peut-être les seuls qu'on rencontre chez les animaux. Mais ils existent aussi chez l'homme où ils jouent sans doute un rôle beaucoup plus considérable qu'on ne l'imagine. Les sentiments moraux qu'on peut constater chez certains commensaux de l'homme sont surtout l'apanage de ce dernier chez qui ils atteignent à leur maximum.

Ce qui distingue les sentiments prémoraux des moraux, c'est que dans les derniers le sujet a conscience du but vers lequel il se sent l'obligation d'aller, en agissant vis-à-vis d'autrui, tandis que dans les premiers il y marche sans en comprendre la portée générale, la valeur abstraite.

La moralité étant d'origine naturelle, physiologique, biologique, est susceptible de s'affiner, de se perfectionner, soit par l'éducation individuelle ou collective, soit par différenciation de plus en plus délicate à travers les âges, comme on l'observe également pour la sensibilité physique, très variable chez les différents peuples et aux différentes époques.

Elle est donc susceptible d'évolution, contrairement à la morale.

C'est grâce aux inventeurs en morale, analogues à ceux qu'on voit dans les autres branches de l'activité humaine et particulièrement dans les arts, que se font les progrès moraux de l'humanité. Ces progrès sont dus à la conscience individuelle, et nullement à la conscience collective.

L'évolution de la moralité n'est pas seulement progressive. Elle peut être aussi régressive, soit chez l'individu, soit dans la société. Les lois de cette régression individuelle, sous l'influence des maladies ou de l'âge ne sont guère connues, et

toute la pathologie morale est à reprendre au point de vue de l'enseignement qu'elle peut fournir sur la moralité normale, tant au point de vue de sa nature que de son développement.

L'action morale complète l'intuition morale qui a révélé à l'homme les rapports exacts auxquels il doit conformer sa conduite. Elle est l'aboutissant de l'impulsion qui résulte de l'intuition affective et qui nous donne le sentiment de l'obligation d'agir.

Le devoir c'est l'acte qui nous paraît obligatoire, sans même que la question de sa légitimité se pose. Mais il n'y a que l'obligation interne, l'obligation que nous ressentons en nous-mêmes, dans notre conscience individuelle, qui ait une valeur morale.

Les devoirs moraux se résument dans les devoirs envers autrui, que cet autrui soit un autre homme, une divinité, ou la personnalité sociale qui est une partie de notre personnalité totale et qui, à cause de son caractère spécial, ne nous appartient pas.

L'homme n'a de devoirs qu'envers les autres hommes. Il n'en a envers lui-même que s'il est au milieu d'eux. Et quant aux devoirs envers les dieux, ce sont des devoirs qu'il s'est créés lui-même et qui, par conséquent ne sont pas des devoirs, car ils sont fictifs et conventionnels et ne correspondent pas à des rapports exacts de l'homme avec les dieux.

L'action morale constituant le devoir consiste donc essentiellement et uniquement dans ce que notre conscience intuitive ou réfléchie nous fait regarder comme obligatoire vis-à-vis des autres hommes, ou par extension vis-à-vis des autres êtres capables de jouir ou de souffrir par nous.

La morale qui découlera de cette conception naturelle de la moralité n'aura besoin de s'appuyer sur aucune base métaphysique ou religieuse.

Si le devoir résulte des rapports exacts des hommes entre eux auxquels il nous apparaît comme obligatoire de conformer notre

conduite, il faut d'abord connaître ces rapports. C'est le rôle de la moralité, rôle qu'elle remplit plus ou moins complètement, avec plus ou moins de justesse et de perspicacité.

Mais ces rapports eux-mêmes résultent des conditions de la nature humaine d'une part, et des conditions de l'existence sociale de l'autre.

Ces conditions elles-mêmes dépendent des fonctions individuelles et sociales de l'homme, et des fonctions de la société elle-même.

Ces fonctions engendrent des besoins que l'homme et la société sont poussés à satisfaire.

Dans quelle mesure doit-on le faire? A quels besoins donner la priorité? Cela dépend des circonstances, des individus considérés dont les capacités sont différentes et limitent les devoirs. Au milieu de ce conflit de tendances, de besoins, chez l'individu lui-même, ou entre les individus, ou entre l'individu et les groupes sociaux, ou entre les groupes, comment s'y reconnaître? Comment déterminer le devoir?

En quoi consiste-t-il?

C'est à la moralité de le découvrir, de le définir, et partant, de le réaliser.

Le devoir c'est de *remplir son rôle social,* c'est-à-dire celui que la société a donné à l'homme, ou qu'il a accepté, ou qu'il a choisi, en utilisant pour le mieux les fonctions dont il dispose, fonctions naturelles ou fonctions sociales.

Les devoirs moraux, c'est-à-dire toutes les fonctions morales de l'homme vivant en société, se ramènent à deux que l'on peut considérer comme essentielles et irréductibles : l'assistance et la justice, où l'on retrouve la double base affective et rationnelle de la moralité.

TABLE DES MATIÈRES

PSYCHOLOGIE

PHYSIOLOGIE NERVEUSE

PSYCHIATRIE ET PSYCHOLOGIE PATHOLOGIQUE

HYSTÉRIE

GASTROPATHIES NERVEUSES

AFFECTIONS NERVEUSES ET DIVERSES

MORPHINOMANIE. — INTOXICATIONS

IDIOTIE ET ÉPILEPSIE

THÉRAPEUTIQUE NERVEUSE

APPAREILS

VARIA

31-12. — Coulommiers. Imp. Paul BRODARD. — 2-12.